Gesundheit Österreich GmbH

Peer-Support-Systeme für Second Victims im Gesundheitswesen

Scoping Review

Das Projekt „Quasi-Buddy UP – Qualitätssicherung von Peer-Support-Systemen im Gesundheitswesen" wird gefördert bzw. finanziert im Rahmen des Sicherheitsforschungs-Förderprogramms KIRAS/K-PASS durch das Bundesministerium für Finanzen und von der Österreichischen Forschungsförderungsgesellschaft abgewickelt.

Peer-Support-Systeme für Second Victims im Gesundheitswesen

Organisation, Outcomes und Ausbildungsinhalte

Scoping Review

Autoren und Autorin:

Lukas Teufl
Roman Winkler
Martin Söllner
Eva Potura

Projektassistenz:

Dominik Löchler

Interner Review:

Karin Eglau

Die in dieser Publikation dargelegten Inhalte stellen die Auffassungen der Autoren und Autorin dar.

Wien, im Juli 2026

Das Projekt „Quasi-Buddy UP – Qualitätssicherung von Peer-Support-Systemen im Gesundheitswesen" wird gefördert bzw. finanziert im Rahmen des Sicherheitsforschungs-Förderprogramms KIRAS/K-PASS durch das Bundesministerium für Finanzen und von der Österreichischen Forschungsförderungsgesellschaft abgewickelt.

Zitiervorschlag: Teufl, Lukas; Winkler, Roman; Söllner, Martin; Potura, Eva (2026): Peer-Support-Systeme für Second Victims im Gesundheitswesen. Organisation, Outcomes und Ausbildungsinhalte. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/28/5752

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen".

Kurzfassung

Hintergrund

Kritische Ereignisse im Gesundheitswesen (z. B. Behandlungsfehler, unerwartete Verläufe) können nicht vollständig verhindert werden und stellen nicht nur für Patientinnen und Patienten, sondern auch für Gesundheitsfachkräfte eine erhebliche Belastung dar. Dieser Bericht fokussiert auf betroffene Gesundheitsfachkräfte, die als „Second Victims" bezeichnet werden, da sie infolge solcher Ereignisse emotionale, kognitive und körperliche Reaktionen zeigen können. Prävalenzstudien aus dem deutschsprachigen Raum weisen darauf hin, dass 82 bis 94 Prozent des Gesundheitspersonals im Laufe des Berufslebens entsprechende Erfahrungen machen.

Peer-Support-Systeme gelten als niederschwellige Intervention, bei der geschulte Kolleginnen und Kollegen Betroffene unterstützen, stabilisieren und bei Bedarf an professionelle Hilfe weitervermitteln. Das Ziel des vorliegenden Scoping Review ist, eine evidenzbasierte Grundlage für die Entwicklung eines Umsetzungsleitfadens in Österreich zu schaffen. Folgende Forschungsfragen wurden dazu adressiert:

1. Wie werden Peer-Support-Systeme gestaltet?
2. Wo und wie wirken Peer-Support-Systeme?
3. Wie werden Peer-Supporter ausgebildet?

Methode

Es wurde ein Scoping Review gemäß PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Scoping Reviews) durchgeführt, um die Erkenntnisse des heterogenen Forschungsfeldes aus wissenschaftlicher Fachliteratur und grauer Literatur systematisch zu kartieren. Im Detail erfolgte eine systematische Literatursuche in vier Datenbanken (Medline, PsycInfo, Scopus, Embase) und eine Handrecherche zu Umsetzungsdokumenten zu Peer-Support-Systemen im D-A-CH-Raum. Die Ergebnisse wurden mittels thematischer Inhaltsanalyse anhand der drei oben genannten Forschungsfragen aufbereitet.

Ergebnisse

Die Organisation der Peer-Support-Systeme ist heterogen, orientiert sich aber häufig an etablierten Modellen wie dem Three-Tiered Model of Support oder dem Critical Incident Stress Management. Zentrale Gestaltungselemente sind:

- mehrstufige Unterstützungsstrukturen (durch Kolleginnen und Kollegen, Peer-Supporter, Fachpersonal)
- klare Rollen (Koordination, Peer-Supporter, Fachpersonal)
- vielfältige Aktivierungsmechanismen (Selbst-, Fremd- oder automatische Auslösung)
- Informationskampagnen und organisatorische Einbettung

Die vorgefundene Evidenz zur Wirkung ist begrenzt und überwiegend methodisch schwach, insbesondere aufgrund fehlender Kontrollgruppen und kleiner Stichproben. Dennoch konnte festgestellt werden, dass sich vor allem auf Organisationsebene positive Veränderungen durch die

Implementierung eines Peer-Support-Systems beobachten lassen. Dazu zählen eine bessere Fehlerkultur, eine erhöhte Sensibilisierung für das Second-Victim-Phänomen und eine erhöhte organisatorische Unterstützung für Betroffene. Keine konsistenten Effekte auf Stress, Selbstwirksamkeit oder langfristige psychische Outcomes ließen sich hingegen bei betroffenen Gesundheitsfachkräften nachweisen.

Die Ausbildungsmodi für Peer-Supporter waren äußerst unterschiedlich und einheitliche Standards hinsichtlich Auswahl, Umfang und Qualität fehlten. So wurden einige Ausbildungen innerhalb weniger Stunden bis hin zu mehreren Tagen realisiert. Auch die inhaltlichen Schwerpunkte waren heterogen. Einige Peer-Support-Systeme arbeiteten zudem mit ergänzenden Maßnahmen wie Supervision, Auffrischungstrainings oder Mentoring-Programmen.

Diskussion

Peer-Support-Systeme stellen einen vielversprechenden Ansatz zur Unterstützung von Second Victims dar, insbesondere aufgrund ihres niederschwelligen Zugangs und der hohen Akzeptanz. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass kaum Umsetzungsstandards vorliegen bzw. diese ausbaufähig sind und eine begrenzte Evidenz zur Wirksamkeit vorliegt. Deutliche Forschungslücken zeichnen sich insbesondere hinsichtlich der Langzeiteffekte, Wirkmechanismen oder auch negativen oder unerwünschten Wirkungen ab. Die eingeschlossenen Studien deuten darauf hin, dass Peer-Support insbesondere organisationale Effekte entfalten kann, während auf individueller Ebene klinische Effekte wenig belegt sind.

Die Ergebnisse des vorliegenden Scoping Review bieten eine gute Orientierungsgrundlage für die Entwicklung von Umsetzungsleitfäden oder auch für Adaptierungen bestehender Peer-Support-Systeme. Zusätzlich können die Ergebnisse genutzt werden, um standardisierte Evaluationen oder Monitorings zu entwickeln.

Schlüsselwörter

Psychologische Erste Hilfe, Stressmanagement, Gesundheitsberufe, Implementierung, Krisenintervention

Summary

Background

Critical events in healthcare (e.g., medical errors, unexpected patient outcomes) cannot be completely prevented and represent a substantial burden not only for patients but also for healthcare professionals. This report focuses on affected healthcare professionals, who are referred to as "second victims", as they may experience emotional, cognitive, and physical reactions following such events. Prevalence studies from German-speaking countries indicate that 82 to 94 percent of healthcare staff encounter such experiences at least once during their professional careers.

Peer support systems are considered a low-threshold intervention in which trained colleagues provide support, stabilization, and, if necessary, referral to professional help. The aim of this scoping review is to establish an evidence-based foundation for the development of an implementation guideline in Austria. The following research questions were addressed:

1. How are peer support systems designed?
2. Where and how do peer support systems have an impact?
3. How are peer supporters trained?

Methods

A scoping review was conducted in accordance with PRISMA-ScR to systematically map the heterogeneous body of evidence from scientific literature and grey literature. Specifically, a systematic literature search was performed in multiple databases (Medline, PsycInfo, Scopus, Embase), complemented by a hand search of implementation documents on peer support systems in German-speaking countries (Germany, Austria, Switzerland). The findings were analyzed using thematic content analysis based on the three research questions.

Results

The organization of peer support systems is heterogeneous but often oriented toward established models such as the Three-Tiered Model of Support or Critical Incident Stress Management. Key structural elements include:

- multi-level support structures (provided by colleagues, peer supporters, and professionals)
- clearly defined roles (coordination, peer supporters, professionals)
- diverse activation mechanisms (self-referral, referral by others, or automatic activation)
- information campaigns and organizational integration

The available evidence on effectiveness was assessed as limited and methodologically weak. Nevertheless, positive changes were observed particularly at the organizational level following the implementation of peer support systems, including improved safety culture, increased awareness of the second victim phenomenon, and greater perceived organizational support. In contrast, no consistent effects were found regarding stress, self-efficacy, or long-term mental health outcomes in healthcare professionals.

Training approaches for peer supporters varied considerably, with no standardized criteria regarding selection, duration, or quality. Training programs ranged from a few hours to several days, and also the content was heterogeneous. Some peer support systems also incorporated additional measures such as supervision, refresher training, or mentoring programs.

Discussion

Peer support systems represent a promising approach to supporting second victims, particularly due to their low-threshold access and high acceptance among healthcare professionals. However, the findings indicate that implementation standards are largely lacking or require further development, and that the evidence base regarding effectiveness remains limited. Significant research gaps exist, particularly concerning long-term effects, mechanisms of action, and potential adverse or unintended effects. Included studies suggest that peer support primarily generates organizational-level effects, while evidence for clinical outcomes on the individual level remains limited.

The results of this scoping review provide a valuable basis for the development of implementation guidelines and the adaptation of existing peer support systems. Furthermore, they may inform the development of standardized evaluation and monitoring frameworks.

Keywords

psychological first aid, stress management, healthcare professionals, implementation, crisis intervention

Inhalt

Kurzfassung III
Summary V
Abbildungen und Tabellen VIII
Abkürzungen IX
1 Hintergrund 1
1.1 Rahmenbedingungen des Scoping Review 1
1.2 Das Second-Victim-Phänomen 1
1.2.1 Prävalenzen 2
1.2.2 Auslösende Ereignisse und Symptome 2
1.3 Peer-Support für Second Victims 3
1.4 Forschungsfragen 4
2 Methoden 5
2.1 Systematische Literatursuche 5
2.1.1 Suchstrategie 5
2.1.2 Literaturauswahl 5
2.1.3 Extraktion und Ergebnissynthese 6
2.2 Handrecherche 7
2.2.1 Such- bzw. Rekrutierungsstrategie 7
2.2.2 Fragebogen 7
2.2.3 Ergebnissynthese 7
3 Ergebnisse 8
3.1 Studien aus der systematischen Literaturrecherche 8
3.2 Fragebögen und graue Literatur 9
3.3 Forschungsfrage 1: Wie werden Peer-Support-Systeme gestaltet? 10
3.4 Forschungsfrage 2: Wo und wie wirken Peer-Support- Systeme? 16
3.5 Forschungsfrage 3: Wie werden Peer-Supporter ausgebildet? 18
4 Zusammenfassung und Diskussion 22
Literatur 27
Anhang I: Suchstrategien 33
Anhang II: Fragebogen 35
Anhang III: Überblick über die eingeschlossenen Studien 36

Abbildungen und Tabellen

Abbildung

Abbildung 1: PRISMA-Flowchart 6

Tabellen

Tabelle 1: Auslöser von Second-Victim-Erfahrungen bei Pädiaterinnen und Pädiatern, Pflegepersonal sowie Hebammen in Österreich; in Prozent 3

Tabelle 2: Übersicht über die kontaktierten Organisationen mit Peer-Support-Systemen für die Fragebogenaussendung 9

Tabelle 3: Übersicht der Organisationen, die graue Literatur bereitgestellt haben 10

Tabelle 4: Suchstrategie in Medline (Ovid) 33

Tabelle 5: Suchstrategie in PsycInfo (Ovid) 33

Tabelle 6: Suchstrategie in Scopus 34

Tabelle 7: Suchstrategie in Embase 34

Tabelle 8: Übersicht über die inkludierten Studien 36

Abkürzungen

AMSTAR-2	A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews
AT	Österreich
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
CH	Schweiz
CISM	Critical Incident Stress Management
D-A-CH	Deutschland, Österreich, Schweiz
DE	Deutschland
DSM-5	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (5. Auflage)
EVAL	Evaluation
FF1–FF3	Forschungsfragen 1 bis 3
FFG	Österreichische Forschungsförderungsgesellschaft
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
ICD	International Classification of Disease
IT	Informationstechnologie
KoHi	Kollegiale Hilfe
PRISMA-ScR	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Scoping Reviews
PSNV	Psychosoziale Notfallversorgung
PSQ	Peer-Supporter-Qualifikation
QS	Qualitätsstandards
SVEST	Second Victim Experience and Support Tool
ULF	Umsetzungsleitfaden
WHO	World Health Organization

1 Hintergrund

Moderne Gesundheitssysteme zeichnen sich durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen, spezifische technische Infrastrukturen, institutionelle Routinen und situative Anforderungen aus. Hinzu gesellen sich erschwerende Arbeitsbedingungen, z. B. Unvorhersehbarkeit, Zeitdruck und eine hohe Entscheidungsdichte. Trotz etablierter Qualitäts- und Sicherheitsmaßnahmen lassen sich deshalb Fehler, kritische Zwischenfälle und unerwartete Verläufe nicht vollständig vermeiden.

Historisch wurden unerwünschte Ereignisse primär aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten betrachtet. In den letzten zwei Jahrzehnten hat sich diese Perspektive deutlich erweitert, denn Forschungsarbeiten zeigen, dass kritische Ereignisse auch für Gesundheitsfachkräfte mit erheblichen emotionalen, kognitiven, psychosomatischen und berufsbezogenen Belastungen verbunden sein können (z. B. Busch et al. 2020). Betroffene Gesundheitsfachkräfte werden in der Literatur als „Second Victims" bezeichnet, da sie aufgrund eines unerwarteten und unerwünschten Ereignisses selbst erheblich belastet sein können und somit nach dem eigentlichen Opfer (z. B. eine geschädigte Patientin) als zweites Opfer gelten (Scott et al. 2009). Eine vielversprechende und niederschwellige Maßnahme für Second Victims sind sogenannte Peer-Support-Systeme, in denen geschulte Kolleginnen und Kollegen Betroffene bestmöglich in der Verarbeitung des Geschehenen unterstützen und im Bedarfsfall an Fachpersonal (z. B. Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychiaterinnen und Psychiater) weitervermitteln. Der vorliegende Scoping Review beschäftigt sich mit der Gestaltung und der Wirkung von Peer-Support-Systemen.

1.1 Rahmenbedingungen des Scoping Review

Der vorliegende Scoping Review ist Teil des Projekts „Qualitätssicherung von Peer-Support-Systemen im Gesundheitswesen (Quasi-Buddy UP)", das im Rahmen des österreichischen Sicherheitsforschungsprogramms KIRAS 2024 als kooperatives Forschungs- und Entwicklungsprojekt von der Österreichischen Forschungsförderungsgesellschaft gefördert wird (FFG Forschung wirkt 2026). Das Projekt hat eine Laufzeit von zwei Jahren (2026–2027). Die Projektpartner sind das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, die Gesundheit Österreich GmbH, die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH, die Johanniter Österreich Ausbildung und Forschung gemeinnützige GmbH sowie die ProtecData AG. Die übergeordneten Projektziele von Quasi-Buddy UP sind (1) die Entwicklung eines Leitfadens zur qualitätsgesicherten Umsetzung von Peer-Support-Programmen im Gesundheitswesen sowie (2) die Entwicklung eines Prototyps für das erste österreichweite Peer-Support-Meldesystem.

1.2 Das Second-Victim-Phänomen

Neben der klassischen Definition (Scott et al. 2009) wurden neuere konzeptionelle Weiterentwicklungen vorgeschlagen (z. B. (Roesner et al. 2024; Vanhaecht et al. 2019), die eine differenziertere Betrachtung des Phänomens ermöglichen. Gemäß der neuen, konsensbasierten Second-Victim-Definition ist ein Second Victim *„jede Fachkraft im Gesundheitswesen, die direkt oder in-*

direkt an einem unerwarteten, unerwünschten Patientenereignis, einem unbeabsichtigten Fehler in der Gesundheitsversorgung oder einer Patientenschädigung beteiligt ist und zur betroffenen Person wird, indem sie ebenfalls beeinträchtigt ist" (Roesner et al. 2024). Eine klare Abgrenzung zum klinischen Traumabegriff ist dabei notwendig, da das Second-Victim-Phänomen typischerweise keine diagnostischen Kriterien im Sinne von ICD oder DSM erfüllt. Während Trauma als standardisierte und schwerwiegende klinisch-psychologische Belastung diagnostiziert wird (F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung; WHO (2016)), das nach einem potenziell lebensbedrohlichen Ereignis entwickelt werden kann (Falkai et al. 2015), weist das Second-Victim-Phänomen weniger strenge und variable Kriterien auf und eine Diagnose, etwa nach ICD-10, ist nicht notwendig. Es handelt sich um eine arbeitsbezogene Belastungsreaktion, die unterschiedliche Ausprägungen emotionaler, kognitiver und funktionaler Beeinträchtigungen umfassen kann (ERNST 2021; Sachs/Wheaton 2023). Dabei muss aber eine fachliche Behandlung durch Klinische Psychologinnen bzw. Klinische Psychologen, Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten oder Psychiater:innen nicht zwingend notwendig werden. Oft helfen Betroffenen bereits niederschwellige Maßnahmen der Psychologischen Ersten Hilfe.

1.2.1 Prävalenzen

Die Lebens- und Jahresprävalenzen hinsichtlich des Second-Victim-Phänomens variieren je nach untersuchter Berufsgruppe, untersuchtem Setting und Land, aber auch hinsichtlich dessen, wie Second Victims erfasst wurden. Eine narrative Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2024 fasst die Lebenszeitprävalenz auf 9 bis 39 Prozent für Beschäftigte im Gesundheitswesen zusammen (Gibalska-Dembek/Sys 2024).

Für den deutschsprachigen Raum liegt inzwischen eine gute Evidenzbasis vor. In Deutschland berichteten etwa 35 Prozent der jungen Ärztinnen und Ärzte der Inneren Medizin und in etwa 49 Prozent des Pflegepersonals von Second-Victim-Erfahrungen im letzten Jahr (Strametz et al. 2021a; Strametz et al. 2021b). Im Bereich der Rettungs- und Notfallmedizin gaben in etwa 53 Prozent der Rettungssanitäter:innen und 14 Prozent der Rettungsärztinnen und -ärzte an, Second-Victim-Erfahrungen im letzten Jahr gemacht zu haben (Klemm et al. 2025b; Marung et al. 2023). In Österreich wurden Lebenszeitprävalenzen von 89 Prozent bei Pädiaterinnen und Pädiatern, von 82 Prozent beim Pflegepersonal und von 94 Prozent bei Hebammen festgestellt (Klemm et al. 2025a; Potura et al. 2023; Potura et al. 2024). Second-Victim-Erfahrungen sind somit eine weit verbreitete arbeitsbezogene Belastung, der Angehörige nahezu aller untersuchten Berufsgruppen zumindest einmal im Leben begegnen.

1.2.2 Auslösende Ereignisse und Symptome

In einigen österreichischen Studien wurden die häufigsten Auslöser von Second-Victim-Erfahrungen erhoben (Klemm et al. 2025a; Potura et al. 2023; Potura et al. 2024). Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 1. Dabei zeigt sich, dass sich die Auslöser zwischen den untersuchten Berufsgruppen unterscheiden. Todesfälle von Patientinnen und Patienten sowie aggressives Verhalten von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen waren die häufigsten Auslöser bei Pädiaterinnen und Pädiatern sowie Pflegepersonen. Bei Hebammen waren es Vorfälle, bei denen Patientinnen und Patienten (beinahe) geschädigt wurden.

Tabelle 1: Auslöser von Second-Victim-Erfahrungen bei Pädiaterinnen und Pädiatern, Pflegepersonal sowie Hebammen in Österreich; in Prozent

Auslöser	Päd.	Pflege	Heb.
unerwarteter Todesfall bzw. Suizid von Patient:in	33	24	14
unerwarteter Todesfall bzw. Suizid von Kollegin/Kollege	4	5	2
Vorfall, bei dem Patient:in geschädigt wurde	16	14	29
Vorfall, bei dem Patient:in beinahe geschädigt wurde	19	14	39
aggressives Verhalten von Patient:in oder dessen bzw. deren Angehörige	23	37	11
andere	6	5	5

Päd. = Pädiaterinnen/Pädiater; Pflege = Pflegepersonal; Heb. = Hebammen. Angaben in Prozent (gerundet)

Quelle: Klemm et al. (2025a); Potura et al. (2023); Potura et al. (2024); Darstellung: GÖG

Die Symptome von Second Victims sind vielfältig. Ein Überblick über die häufigsten Symptome findet sich etwa bei _ENREF_11. Diese Symptome können einzeln oder in Kombination auftreten:

- **verhaltensbezogene Symptome:** Schlaflosigkeit, Burn-out, Hypervigilanz (übermäßige Wachsamkeit), soziale Isolation und Unfähigkeit, Aufgaben zu erledigen
- **emotionale Symptome:** Angst, Furcht, Schuldgefühle, Scham, Ärger, Stimmungsschwankungen, Depressivität, vermindertes Selbstwertgefühl, Gefühl des Kontrollverlusts
- **kognitive Symptome:** Unentschlossenheit, Verwirrung, Konzentrationsprobleme, Rumination (wiederkehrendes Gedankenkreisen), Verlust von Humor, Verlust von Kreativität
- **körperliche Symptome:** Erschöpfung, Übelkeit, Rückenschmerzen, Kopfschmerzen

Aus deutschsprachigen Studien ist bekannt, dass zwischen 12 bis 24 Prozent der Second Victims länger als ein Jahr benötigt haben, um sich vollständig von dieser Erfahrung zu erholen (Strametz et al. 2021a; Strametz et al. 2021b). Damit muss der Prävention von schwerwiegenden Belastungsreaktionen bzw. einer zeitnahen Intervention eine wichtige Rolle zugeschrieben werden.

1.3 Peer-Support für Second Victims

Peer-Support im Kontext des Second-Victim-Phänomens bezeichnet Unterstützungsangebote, bei denen geschulte Kolleginnen und Kollegen betroffene Fachkräfte nach belastenden Ereignissen emotional begleiten, Orientierung geben und bei Bedarf weiterführende Hilfe vermitteln. Das zentrale Merkmal, die geteilte Berufswelt, schlägt sich in tiefgehenden Kenntnissen der klinischen Realität, der spezifischen Belastungen des jeweiligen Settings und der Organisationskultur nieder. Dieses Alleinstellungsmerkmal mag ausschlaggebend dafür sein, dass Peer-Support die beliebteste Maßnahme für Betroffene im Gesundheitswesen ist und eine hohe Akzeptanz aufweist (ERNST 2021; Scott et al. 2010).

Peer-Support-Systeme sind unterschiedlich gestaltet und in die jeweiligen Organisationen integriert. Im Kern können Second Victims entweder selbst oder durch andere einen Peer-Support auslösen. Peer-Supporter sind speziell ausgebildet und führen mit Betroffenen Gespräche, in denen verschiedene Techniken (z. B. aus der Psychologischen Ersten Hilfe) angewendet werden. Anhand dieser Gespräche kann entschieden werden, ob sich Betroffene bereits ausreichend stabilisieren oder an Fachpersonal (z. B. Klinische Psychologin oder Klinischer Psychologe, Psychotherapeut:in, Psychiater:in) weitervermittelt werden müssen.

1.4 Forschungsfragen

Dieser Scoping Review zielt darauf ab, eine evidenzbasierte Grundlage für die Erstellung eines Umsetzungsleitfadens für Peer-Support-Systeme in Österreich zu schaffen. Hierfür wurden Erkenntnisse zur Gestaltung und Wirkung von bereits etablierten Peer-Support-Systemen kartiert und Wissenslücken aufgezeigt. Im Detail wurden folgende drei Forschungsfragen verfolgt:

1. Wie werden Peer-Support-Systeme gestaltet?
2. Wo und wie wirken Peer-Support-Systeme?
3. Wie werden Peer-Supporter ausgebildet?

2 Methoden

Für die vorliegende Arbeit wurde der Scoping Review als Methode gewählt, da das Forschungsfeld zu Peer-Support-Systemen für Second Victims im Gesundheitswesen durch eine hohe inhaltliche und methodische Heterogenität gekennzeichnet ist. Das Ziel war keine strenge Bewertung der Wirksamkeit von Peer-Support-Systemen im engeren Sinne, sondern eine systematische Übersicht von Konzepten, Umsetzungsformen und berichteten Wirkungen entlang der drei Forschungsfragen. Scoping Reviews eignen sich besonders für solche explorativen Fragestellungen, bei denen unterschiedliche Studientypen verschiedener Wissenschaftsdisziplinen und auch graue Literatur berücksichtigt werden sollen (Munn et al. 2022).

Der vorliegende Review orientierte sich an der PRISMA-ScR-Checkliste (Tricco et al. 2018), um alle wesentlichen Qualitätsmerkmale hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit und Berichterstellung zu erfüllen. Methodisch kamen zwei Recherchestrategien zum Einsatz, um relevante Literatur zu Peer-Support-Systemen im Gesundheitswesen, aber auch im Rettungsdienst, bei der Feuerwehr, der öffentlichen Sicherheit und der Gefahrenabwehr zu identifizieren. Zum einen wurde eine systematische Literatursuche in wissenschaftlichen Datenbanken durchgeführt, um relevante Fachartikel zu finden. Zum anderen erfolgte eine Handrecherche, um graue Literatur zu geplanten oder umgesetzten Peer-Support-Systemen zu erfassen. Dadurch wurden Ergebnisse aus der Wissenschaft und aus der Praxis gesammelt, die eine breite Perspektive für die Beantwortung der Forschungsfragen erlaubten. Relevante Textsegmente wurden für jede Forschungsfrage unter Anwendung einer thematischen Inhaltsanalyse (Lamnek 2010) kodiert und übergeordneten Themen zugeordnet.

2.1 Systematische Literatursuche

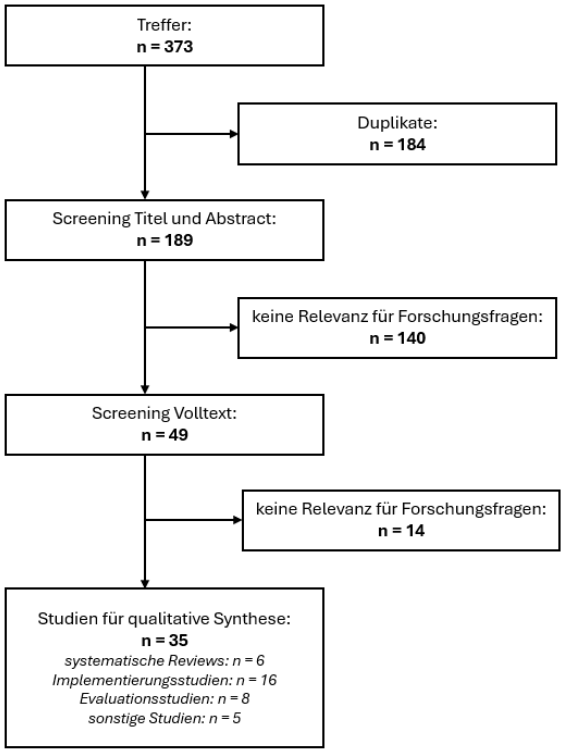
2.1.1 Suchstrategie

Am 25. Februar 2026 wurde eine systematische Literatursuche in den Datenbanken Medline (Ovid), PsycInfo (Ovid), Scopus und Embase durchgeführt. Die folgenden drei Suchblöcke wurden miteinander verknüpft: (1) Second Victims; (2) Gesundheitspersonal; (3) Peer-Support. Für alle Suchblöcke wurden verschiedene Freitextbegriffe und das in den jeweiligen Datenbanken verfügbare kontrollierte Vokabular verwendet. Ein Testset an bereits bekannten relevanten Publikationen wurde verwendet, um relevante Suchbegriffe zu identifizieren und die Suchstrategie zu entwickeln. Die detaillierten Suchstrategien und pro Datenbank identifizierten Treffer sind im Anhang I dargestellt.

2.1.2 Literaturauswahl

Insgesamt wurden 373 Quellen für die Literaturauswahl identifiziert. Die Literatur wurde von zwei der Autoren dieses Scoping Review unabhängig voneinander begutachtet. Differenzen wurden durch Diskussion und Konsens gelöst. Der Auswahlprozess ist in der nachstehenden Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1: PRISMA-Flowchart



Quelle und Darstellung: GÖG

2.1.3 Extraktion und Ergebnissynthese

Die strukturierte Datenextraktion verfolgte das Ziel, eine konsistente und nachvollziehbare Erfassung studienrelevanter Informationen zur Beantwortung der Forschungsfragen sicherzustellen. Neben der Erfassung von allgemeinen Studienangaben (Autor:in, Jahr, Land) und spezifischen Studienmerkmalen (Studientyp, Stichprobengröße, Berufsgruppen) erfolgte die Erhebung von inhaltlichen Kategorien. Dabei wurden insbesondere Angaben zur Struktur und Organisation von Peer-Support-Interventionen, zu berichteten Wirkungen und Outcomes sowie zu Ausbildungsinhalten und Schlüsselkompetenzen der Unterstützenden erhoben. Darüber hinaus wurden Informationen zur Implementierung und Aktivierung des Peer-Supports sowie zur Evidenzlage innerhalb der einzelnen Kategorien erfasst. Studien, welche die Einschlusskriterien nicht erfüllten oder keine relevanten Informationen zu den Forschungsfragen lieferten, wurden unter Angabe der Begründung ausgeschlossen.

Die Ergebnissynthese erfolgte narrativ auf aggregierter Ebene (Lamnek 2010). Dazu wurden die extrahierten Daten innerhalb der Kategorien zusammengeführt und über Studien hinweg verglichen. Das Ziel war, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Interventionen und Kontexten zu identifizieren.

2.2 Handrecherche

Die Handrecherche fokussierte auf graue Literatur zu geplanten oder umgesetzten Peer-Support-Systemen. Dazu zählten Leitfäden, Ausbildungscurricula für Peer-Supporter, Monitoring- und Evaluationsberichte oder etablierte Qualitätsstandards für Peer-Support. Hierfür wurden Organisationen, die bereits ein Peer-Support-System umsetzten oder dessen Umsetzung begleiteten, per E-Mail kontaktiert. Die E-Mail enthielt eine kurze Beschreibung des Forschungsvorhabens und die Adressaten wurden gebeten, einen Fragebogen auszufüllen und uns vorhandene graue Literatur zu übermitteln. Die Recherche und E-Mail-Aussendungen wurden im Zeitraum von 19. Februar bis 6. März 2026 durchgeführt. Eine Erinnerung wurde am 13. März 2026 per E-Mail versandt; Fragebögen und Dokumente konnten bis 27. März 2026 übermittelt werden.

2.2.1 Such- bzw. Rekrutierungsstrategie

Die kontaktierten Organisationen waren jene, mit denen die Autorin dieses Scoping Review in den vergangenen Jahren im Rahmen ihrer Vorstandstätigkeit im Verein „Second Victim"[1] zusammengearbeitet hatte (z. B. im Rahmen von Vernetzungs- und Arbeitstreffen, Ausbildungen, Publikationen). Für den vorliegenden Review wurden nur Expertinnen und Experten sowie Organisationen aus Österreich, Deutschland und der Schweiz kontaktiert. Der Grund hierfür lag darin, dass mit der grauen Literatur vor allem die Perspektive der Praxis abgedeckt werden sollte. Durch die Beschränkung auf diese drei Länder konnte eine hohe Übertragbarkeit auf Österreich gewährleistet werden. Insgesamt umfasste diese Liste zwölf Organisationen.

Da diese Liste fast ausschließlich den Gesundheitsbereich abdeckte, wurden zusätzlich noch Organisationen aus den Bereichen Rettungsdienst, Feuerwehr, öffentliche Sicherheit und Gefahrenabwehr in Österreich, Deutschland und der Schweiz über Online-Suchmaschinen recherchiert. War auf deren Website ersichtlich, dass sie ein Peer-Support-System umsetzten oder eines planten, wurden sie zur Kontaktliste hinzugefügt.

2.2.2 Fragebogen

Der Fragebogen (Anhang II) enthielt insgesamt elf Fragen und konnte innerhalb von fünf Minuten beantwortet werden. Folgende Items bezogen sich auf die Forschungsfragen dieses Scoping Review:

- Was könnte man am Peer-Support-System verbessern?
- Welche Faktoren tragen wesentlich zum Erfolg des Peer-Support-Systems bei?
- Werden Peer-Supporter ausgebildet, und wenn ja, wie lange dauert die Ausbildung?

2.2.3 Ergebnissynthese

Die retournierten Fragebögen wurden deskriptiv ausgewertet, die Antworten auf die offenen Fragen nach Themen codiert und zusammengefasst (Lamnek 2010). Die übermittelte graue Literatur wurde gesichtet, passende Textsegmente wurden ebenfalls pro Forschungsfrage nach Themen codiert und übergeordneten Themen zugeordnet.

---

[1] Der Verein „Second Victim" (https://www.secondvictim.at/ [Zugriff am 30.06.2026]) unterstützt Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen in besonderen Belastungssituationen.

3 Ergebnisse

Zur Erhöhung der Nachvollziehbarkeit wurden die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche getrennt von jenen der Handrecherche dargestellt. Letztere wurden zur visuellen Abgrenzung mit einem grauen Hintergrund versehen. Aufgrund dessen, dass einige der im Rahmen der Handrecherche zur Verfügung gestellten Dokumente auch sensible Informationen beinhalteten, wurde zur Wahrung der Anonymität nicht dargestellt, von welcher Organisation welche Ergebnisse stammen.

3.1 Studien aus der systematischen Literaturrecherche

Die 35 eingeschlossenen Studien setzten sich aus sechs Reviews, 16 Implementierungsstudien, acht Evaluationsstudien, vier Studien, die sowohl die Implementierung als auch die Evaluation darstellten, sowie einer Studie zur Entwicklung eines Messinstruments zusammen. Ein detaillierter Überblick liefert Tabelle 8 im Anhang III. Der Großteil dieser Studien wurde nach 2020 (n = 27) und in den USA durchgeführt (n = 20). Die berichteten Peer-Support-Systeme adressierten vorrangig allgemein Gesundheitsberufe (n = 27), aber auch zielgerichtet Pflegepersonal (n = 4), Anästhesistinnen und Anästhesisten (n = 4), Pädiater:innen (n = 4), Sicherheits-/Notfallpersonal (n = 2), Polizistinnen und Polizisten, Chirurginnen und Chirurgen, Feuerwehrfrauen und -männer sowie Neonatologinnen und Neonatologen. Elf der eingeschlossenen Studien lieferten Ergebnisse zu allen drei Forschungsfragen, 16 Studien zu zwei und acht Studien zu einer Forschungsfrage. Ergebnisse aus 30 Studien konnten für die Beantwortung der Forschungsfrage 1, aus 18 Studien für die Forschungsfrage 2 und aus 25 Studien für die Forschungsfrage 3 genutzt werden.

Die Qualität der Reviews wurde unter Verwendung des AMSTAR-2-Tools (Shea et al. 2017) bewertet. Dieses Tool erlaubt eine Qualitätsbewertung von systematischen Reviews, die randomisierte und nicht randomisierte Studien einschließen, anhand verschiedener Merkmale. Die abschließende Qualitätsbewertung erfolgt aufgrund von kritischen und nicht kritischen Schwächen der Reviews und mündet in eine der folgenden vier Qualitätskategorien:

- sehr niedrig: mehr als eine kritische Schwäche
- niedrig: eine kritische Schwäche
- durchschnittlich: keine kritische Schwäche und mehr als eine nicht kritische Schwäche
- hoch: keine kritische Schwäche und maximal eine nicht kritische Schwäche

Von den vorliegenden sechs Reviews erhielten zwei eine sehr niedrige (Carbone et al. 2022; Werthman et al. 2021), drei eine geringe (Kappes et al. 2021; Simms-Ellis et al. 2025; Wade et al. 2022) und einer eine durchschnittliche Qualitätsbewertung (Busch et al. 2021). Damit muss die Verlässlichkeit bzw. Robustheit der ermittelten Ergebnisse als gering bis durchschnittlich eingeschätzt werden. Dies betrifft vor allem Ergebnisse zur Wirksamkeit von Peer-Support-Systemen. Einige Teilergebnisse der recherchierten Primärstudien flossen in diese Reviews ein. Da für den vorliegenden Scoping Review die Ergebnisse narrativ aufbereitet wurden, wurde nicht speziell unterschieden oder gar gewichtet, ob ein Ergebnis aus einem Review oder einer Primärstudie stammt.

3.2 Fragebögen und graue Literatur

Zu den zwölf Organisationen aus dem Gesundheitswesen wurden noch zehn weitere Organisationen aus verwandten Bereichen durch Online-Handrecherche identifiziert, sodass die Kontaktliste insgesamt aus 22 Organisationen (13 aus Österreich, vier aus Deutschland und fünf aus der Schweiz) bestand (Tabelle 2).

Tabelle 2: Übersicht über die kontaktierten Organisationen mit Peer-Support-Systemen für die Fragebogenaussendung

Nr.	Rekrutierung über	Land	Organisation
1	Verein „Second Victim"	AT	Rotes Kreuz
2	Verein „Second Victim"	AT	Psychosoziale Dienste
3	Verein „Second Victim"	AT	Intervent+
4	Verein „Second Victim"	AT	Landeskrankenhaus Feldkirch
5	Verein „Second Victim"	AT	WECARE der Tiroler Kliniken
6	Verein „Second Victim"	AT	Kollegiale Hilfe Klinik Hietzing
7	Verein „Second Victim"	AT	öGERN: Österreichische Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin
8	Verein „Second Victim"	AT	Medizinische Universität Wien
9	Verein „Second Victim"	AT	WIGEV: Wiener Gesundheitsverbund
10	Verein „Second Victim"	AT	Senioreneinrichtungen des Magistrats Salzburg
11	Verein „Second Victim"	DE	PSU-Akut: Psychosoziale Unterstützung
12	Verein „Second Victim"	DE	WiHelP: Wiesbaden Institute for Healthcare Economics and Patient Safety
13	Handrecherche	AT	Bundesheer Österreich: Heerespsychologischer Dienst
14	Handrecherche	AT	Polizei Österreich: Psychologischer Dienst
15	Handrecherche	AT	Feuerwehr Österreich
16	Handrecherche	DE	PSNV: Psychosoziale Notfallversorgung
17	Handrecherche	DE	DIVI: Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
18	Handrecherche	CH	ReMed: Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte
19	Handrecherche	CH	Krisenintervention Schweiz
20	Handrecherche	CH	Polizei Luzern
21	Handrecherche	CH	Schweizer Armee: Psychologisch-pädagogischer Dienst
22	Handrecherche	CH	Care & Peer Practice

Quelle und Darstellung: GÖG

Von den 22 angefragten Organisationen übermittelten 15 einen ausgefüllten Fragebogen (Rücklauf: 68 %). Neun Fragebögen beschrieben Peer-Support-Systeme in Österreich, vier solche in der Schweiz und zwei solche in Deutschland. Der Umsetzungsstart dieser Systeme war sehr unterschiedlich: Vier starteten die Umsetzung in den letzten 5 Jahren, vier vor 6 bis 10 Jahren, zwei vor 11 bis 20 Jahren und fünf vor 21 Jahren oder früher. Der Großteil dieser Peer-Support-Systeme adressierte Ärztinnen und Ärzte (n = 8), Pflegepersonal (n = 7) oder generell Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen (n = 5). Zusätzlich wurden Systeme berichtet, die für Notfall- und Rettungspersonal (n = 3), Polizistinnen und Polizisten (n = 2), militärisches Personal (n = 1), psychosoziale Berufsgruppen (n = 1) oder Personen im ausführenden Betriebsdienst des öffentlichen Verkehrs (n = 1) installiert wurden.

Von 13 Organisationen (Rücklauf: 59 %) konnte graue Literatur gesammelt werden (Tabelle 3), darunter sieben Umsetzungsleitfäden, acht Dokumente zur Peer-Supporter-Qualifikation, zwei Dokumente zu Qualitätsstandards und eine Evaluation.

Tabelle 3: Übersicht der Organisationen, die graue Literatur bereitgestellt haben

Organisation	Land	ULF	PSQ	QS	EVAL
Rotes Kreuz	AT	X			
Intervent+	AT	X		X	
Senioreneinrichtungen des Magistrats Salzburg	AT		X		
PSU-Akut: Psychosoziale Unterstützung	DE	X	X		
Bundesheer Österreich: Heerespsychologischer Dienst	AT		X		
Feuerwehr Österreich	AT	X	X		
PSNV: Psychosoziale Notfallversorgung	DE	X	X	X	
ReMed: Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte	CH	X			X
Krisenintervention Schweiz	CH		X		
Schweizer Armee: Psychologisch-pädagogischer Dienst	CH	X	X		
Caer & Peer Practice	CH		X		

ULF = Umsetzungsleitfaden, PSQ = Peer-Supporter-Qualifikation, QS = Qualitätsstandards, EVAL = Evaluation

Quelle und Darstellung: GÖG

3.3 Forschungsfrage 1: Wie werden Peer-Support-Systeme gestaltet?

Für diese Forschungsfrage wurden anhand der Textsegmente der Literatur neun Themenbereiche abgeleitet, die verschiedene Aspekte der Umsetzung adressieren.

Theoretische Fundierung

In insgesamt zwölf Studien wurde die theoretische Fundierung der Peer-Support-Systeme genannt bzw. beschrieben. Am häufigsten wurde Scotts Three-Tiered Interventional Model of Support (Scott et al. 2010) als Basis herangezogen (Busch et al. 2021; Davis et al. 2025; Finney et al. 2021b; Johnson et al. 2024; Klatt et al. 2021; Marr et al. 2021; Michael et al. 2025; Pelikan et al. 2023). Dieses beschreibt drei Unterstützungsebenen:

- Ebene 1: Unterstützung auf Abteilungs- bzw. Teamebene
  Unmittelbare Unterstützung von Second Victims durch Vorgesetzte oder Kolleginnen und Kollegen. Beruhigung und eine erste emotionale Entlastung werden angestrebt.
- Ebene 2: Unterstützung durch geschulte Peer-Supporter:innen
  Sofern Ebene 1 nicht ausreicht, kommen Peer-Supporter:innen zum Einsatz. Sie bieten ein strukturiertes Gespräch, begleiten oder verweisen Second Victims an Fachpersonal.
- Ebene 3: Unterstützung durch Fachpersonal
  Bei anhaltender oder schwerer Belastung soll eine rasche Weiterleitung an Fachpersonal erfolgen (z. B. Klinische Psychologinnen bzw. Klinische Psychologen).

Ebenfalls häufig wurden die Peer-Support-Systeme anhand des Critical Incident Stress Management (Mitchell/Everly 2023) ausgearbeitet (Busch et al. 2021; Civil/Hoskins 2022; Davis et al. 2025; Finney et al. 2021b; Klatt et al. 2021). Dieses wurde als Krisenintervention für Einsatzkräfte entwickelt und greift auf unterschiedliche, hauptsächlich gruppenbasierte Interventionen zurück:

- Demobilisation: kurze Entlastung direkt nach einem belastenden Ereignis, um akute Stressreaktionen zu unterbrechen
- Defusing: Entlastungsgespräch binnen einiger Stunden nach dem Ereignis. Akute Belastungen werden reduziert und Personen, die weitere Unterstützung benötigen, identifiziert.
- Debriefing: strukturiertes Gruppengespräch innerhalb von zwei bis vier Tagen nach dem Ereignis meist durch Fachkräfte; umfassend und tiefgehend
- 1:1-Intervention: Einzelgespräche zwischen Peer-Supporter:in und Second Victim
- Nachsorge und ggf. Weitervermittlung an Fachkräfte

Seltener wurde die Psychologische Erste Hilfe (z. B. WHO 2011) erwähnt (Busch et al. 2021; Minjoz et al. 2025). Sie ist eine niederschwellige Unterstützung, die durch Kolleginnen bzw. Kollegen angewendet werden kann. Sie stellt Prinzipien und Techniken zur Verfügung, wie Unterstützungsgespräche bestenfalls geführt werden. Dazu zählt beispielsweise, wie der Kontakt am besten aufgenommen wird, wie Sicherheit hergestellt werden und Stabilisierung gelingen kann.

Weitere Modelle wurden nur einmalig genannt. Dazu zählen beispielsweise das Break Hot Debriefing Tool (Hess et al. 2024), die Strategy for Peer Support Counseling (El Hechi et al. 2020), Just Culture, soziale Resilienz, das Kaiser Permanente Model oder auch der G.R.A.C.E.-Prozess (Busch et al. 2021).

In der grauen Literatur wurde neben den oben beschriebenen Modellen auch mehrmals das Präventionsmodell (Leavell/Clark 1965) als hilfreich für ein Peer-Support-System beschrieben. Dieses umfasst drei Formen der Prävention:

- primäre Prävention: Krankheit verhindern, bevor sie entsteht (z. B. Wissensvermittlung, Stressbewältigung)
- sekundäre Prävention: Krankheiten früh erkennen und ein Fortschreiten verhindern (z. B. Einzelinterventionen durch Peers, Erkennen von Risikoverläufen)
- tertiäre Prävention: Folgen bestehender Krankheiten reduzieren (z. B. durch Vermittlung an Fachpersonal)

Weiters wurden auch generelle Modelle bzw. Zugänge wie psychologische Stabilisation, Salutogenese, Gesundheitsförderung, Resilienz und Stressverarbeitung nach belastenden Ereignissen genannt.

Implementierungsphasen

In drei Studien (Gatterer et al. 2024; Johnson et al. 2024; Slykerman et al. 2019) wurden die Implementierungsphasen des Peer-Support-Systems transparent beschrieben. Diese umfassten folgende Phasen, die teilweise auch parallel/langfristig durchgeführt werden können:

- Befragung des Personals: Erhebung des Wissensstands zum Second-Victim-Phänomen und der Unterstützungsbedarfe
- Informationskampagne: Informationen über das Second-Victim-Phänomen und das Peer-Support-System; Details siehe Thema „Informationskampagne“
- Rekrutierung der Peer-Supporter: durch verschiedene Auswahlprozesse; Details siehe Thema „Rekrutierung der Peer-Supporter“
- Training der Peer-Supporter: verschiedene Ausbildungsmodi; Details siehe Forschungsfrage 3
- Pilotierung: Erprobung des Peer-Support-Systems in einer Abteilung bzw. in einem Teilbereich der Organisation
- Ausrollung: Anwendung des Peer-Support-Systems in der gesamten Organisation

Auch die Umsetzungsleitfäden beschrieben einige der oben genannten Phasen. Darüber hinaus schilderte ein Leitfaden noch folgende zusätzliche Umsetzungsschritte:

- Mission Statement: Die Ziele und der Nutzen des Peer-Support-Systems werden formuliert und von der Leitung der Organisation unterzeichnet.
- Planung erforderlicher Ressourcen: zur realistischen Aufwandsschätzung und Budgetentscheidungen
- Evaluation/Monitoring: Sichtbarmachung des Nutzens und etwaiger notwendiger Anpassungen

Teamzusammensetzung und Rollen

Sechs Studien (Edrees et al. 2016; Krzan et al. 2015; Lane et al. 2018; Merandi et al. 2017; Slykerman et al. 2019; Wade et al. 2022) beschrieben verschiedene Rollen oder auch die benötigte Teamzusammensetzung für ihr Peer-Support-System. Diese waren sehr different und abhängig davon, wie groß die Organisationen waren und ob auch externe Organisationen ihr Peer-System mitbetreuten. Folgende Rollen wurden beschrieben:

- Koordinatorinnen und Koordinatoren: steuern das Peer-Support-System. Die Koordination kann in weitere Rollen aufgesplittet werden:
    - Leitung: trifft die Entscheidungen über notwendige Ressourcen und Anpassungen
    - Weiterbildung: organisiert Weiterbildungen, überwacht Qualifikation der Peer-Supporter
    - Evaluation/Monitoring: zuständig für das Sammeln von Daten und deren Aufbereitung
    - Marketing: entwickelt Informationskampagnen, entwickelt die „Marke“ des Peer-Support-Systems
    - Peer-Support-Koordination: verwaltet Anfragen und teilt Peer-Supporter zu
- Peer-Supporter: sind ausgebildete Kolleginnen und Kollegen, die für Second Victims als Ansprechpartner:innen fungieren; bezahlt oder ehrenamtlich
- Fachpersonal: extern oder intern; an sie werden besonders belastete Second Victims von Peer-Supportern weitergeleitet

Die Umsetzungsleitfäden aus der Handrecherche beschrieben ebenfalls notwendige Rollen für das jeweilige Peer-Support-System. Diese deckten sich großteils mit den oben angeführten. Folgende Rollen wurden zusätzlich genannt und/oder stellen eine Mischform der oben genannten dar:

- technische Leitung: zuständig für die Qualitätssicherung, das Wissensmanagement und die Rekrutierung von Peer-Supporter
- organisatorische Leitung: Planung notwendiger Ressourcen und Prozesse sowie externe Repräsentation
- technisches Service: Organisation von Trainings und Supervisionen
- übergreifende Leitung: falls das Peer-Support-System in mehreren Organisationen durchgeführt wird
- Teamleitung: pro Organisation; Koordination für die jeweilige Organisation und Ansprechpartner für die übergreifende Leitung
- Advisory Board: berät die Organisation hinsichtlich möglicher Weiterentwicklungen
- IT-Team: betreut die technische Umsetzung des Peer-Support-Systems

Informationskampagne

Die Informationskampagnen adressierten ausschließlich das Personal innerhalb der Organisation und verfolgten das Ziel, über das geplante oder bereits in Umsetzung befindliche Peer-Support-System zu informieren. Diese wurden bereits vor der Umsetzung gestartet und auch während der Umsetzung verfolgt. Folgende Kanäle/Maßnahmen wurden berichtet (Bryant 2022; Davis et al. 2025; Edrees et al. 2016; Finney et al. 2021a; Gosselin et al. 2025; Lane et al. 2018):

- Broschüren und Flyer
- Webseiten
- E-Mails
- Videos (z. B. für Monitore in Wartebereichen)
- Präsentationen in Meetings (z. B. in Jours fixes, Leitungsmeetings)
- Buttons für die Kleidung der Peer-Supporter (damit sie von Second Victims erkannt werden)

Aktivierungsmechanismen

Aktivierungsmechanismen beschreiben, wie das Peer-Support-System für Second Victims ausgelöst wird (Bryant 2022; Davis et al. 2025; Edrees et al. 2016; Finney et al. 2021a; Finney et al. 2021b; Gosselin et al. 2025; Johnson et al. 2024; Klatt et al. 2021; Krzan et al. 2015; Merandi et al. 2017; Michael et al. 2025; Moll et al. 2025; Slykerman et al. 2019; Thompson et al. 2022; Wade et al. 2022; Werthman et al. 2021). Die Aktivierungsmechanismen lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- automatische Aktivierung (Peer-Supporter melden sich bei Betroffenen)
  - nach einem definierten kritischen Ereignis (z. B. Reanimation eines Kindes)
  - nach einer Meldung eines kritischen Ereignisses im dafür vorgesehenen System (z. B. Fehler in der Behandlung)
  - nach bestimmten Patientenbeschwerden
- Selbstauslösung (Betroffene melden sich selbst)
  - via Hotline oder Anruf eines Mitglieds des Peer-Support-Systems
  - via Webseite
  - via E-Mail
  - via Pager
  - durch direktes Ansprechen eines Mitglieds des Peer-Support-Systems

- Fremdauslösung (Kolleginnen bzw. Kollegen, Peer-Supporter oder Leitungsfunktionen melden Betroffene; Anonymität soll gewährleistet werden; gleiche Kanäle wie bei der Selbstauslösung)

Die Auslösungsmechanismen unterscheiden sich je nach Peer-Support-System, wobei im Gesundheitsbereich – im Gegensatz zu Militär oder Polizei – möglichst viele Wege präferiert werden. Teilweise werden auch Zeitfenster beschrieben, bis wann eine Reaktion auf eine Aktivierung bzw. eine Anfrage erfolgen soll. Dieses reicht von unmittelbar (z. B. über Hotlines) bis hin zu 3 Tagen.

Die geschilderten Aktivierungsmechanismen finden sich auch in den Dokumenten der Handrecherche wieder.

Funktionen der Peer-Support-Plattform

Einige Peer-Support-Systeme (Davis et al. 2025; Finney et al. 2021b; Krzan et al. 2015; Merandi et al. 2017; Wade et al. 2022) nutzen eigens erstellte Plattformen, die beispielsweise über eine Webseite für Peer-Supporter sowie deren Koordinatorinnen und Koordinatoren erreichbar sind. Die geschilderten Funktionen dieser Plattformen sind:

- Dokumentation der Peer-Support-Gespräche: Grund und Dauer des Gesprächs, Risikofaktoren, Outcomes, Weiterleitung an Fachpersonal, Follow-up
- Verwaltung der Anfragen: z. B. über ein geteiltes Postfach
- Zuweisung der Peer-Supporter: Infos über vorhandene Peer-Supporter, Zuweisung von Anfragen
- Dashboard: für Koordinatorinnen und Koordinatoren, Deskription der Anfragen und Einsätze
- Wissensdatenbank: Informationen zu Weiterbildungen, zu Studien und zum Peer-Support-System, Links zu regionalen Angeboten

Zusätzliche Interventionsformen

Über das Peer-Support-Gespräch hinausgehend beinhalteten einige Peer-Support-Systeme auch zusätzliche Angebote/Interventionen, die in Anspruch genommen werden können:

- eine App für das Personal, die neben Informationen über das Peer-Support-System auch Videos und regelmäßige Messungen des Wohlbefindens ermöglichte (Moll et al. 2025)
- verpflichtende Seminare zur Aufklärung über das Second-Victim-Phänomen und zur Vorstellung des Peer-Support-Systems (Bryant 2022; Schroder et al. 2022)
- ein E-Learning-Tool zur Aufklärung über das Second-Victim-Phänomen (Minjoz et al. 2025)
- neben 1:1-Gesprächen auch Gruppengespräche, die von einem oder zwei Peer-Supportern geführt werden (Carbone et al. 2022; Civil/Hoskins 2022)
- Online-Gespräche mit Peer-Supporter (Carbone et al. 2022)
- regelmäßige Mentoring-Meetings für Peer-Supporter durch speziell ausgebildete Peer-Supporter (Trammell et al. 2024)

Aus der Handrecherche wurden noch folgende zusätzliche Interventionen und Angebote exzerpiert:

- Inter- und Supervision sowie regelmäßige Teammeetings für Peer-Supporter
- Debriefing für Peer-Supporter durch Koordinatorinnen und Koordinatoren
- Praktika für Second Victims, die eine gewisse Zeit nicht arbeitsfähig waren, um eine Wiedereingliederung in das Berufsleben zu unterstützen

Hinderliche Faktoren bei der Umsetzung

Als hinderliche Faktoren hinsichtlich der Umsetzung eines Peer-Support-Systems wurden folgende genannt:

- niedrige Qualität der Peer-Support-Gespräche (Dukhanin et al. 2018): z. B. fehlender Follow-up, zu wenig Unterstützung, zu wenig emotionales Eingehen
- angstbesetzte Fehlerkultur in der Organisation (Busch et al. 2021; Werthman et al. 2021)
- zu wenig finanzielle Ressourcen (Werthman et al. 2021)
- zu wenig Wissen bzw. Bewusstsein für das Second-Victim-Phänomen (Busch et al. 2021; Werthman et al. 2021)
- zu wenig Vertrauen in die Verschwiegenheitspflicht der Peer-Supporter (Werthman et al. 2021)

In der Fragebogenerhebung, die im Rahmen der Handrecherche durchgeführt wurde, wurden folgende Verbesserungspotenziale für die jeweiligen Peer-Support-Systeme genannt:

- zu geringe Erreichbarkeit der Peers (z. B. aufgrund gesetzlicher Vorgaben zu Arbeitszeiten)
- zu geringe Bekanntheit des Peer-Support-Systems (z. B. bessere Informationsweitergabe, Präsenz bei Führungskräften)
- Auswahl der Peer-Supporter verbessern (z. B. durch Psychologinnen und Psychologen)
- fehlende Incentives für Peer-Supporter
- unsichere Finanzierung (z. B. über Implementierung hinausgehend)
- zu wenig proaktive Angebote (z. B. automatische Aktivierung, Schulungen)
- fehlende oder mangelhafte Dokumentation

Unterstützende Faktoren bei der Umsetzung

Als förderliche bzw. unterstützende Faktoren für die Umsetzung eines Peer-Support-Systems wurden folgende beschrieben:

- uneingeschränkte Erreichbarkeit der Peer-Supporter (Werthman et al. 2021): z. B. über eine Hotline
- verschiedene Wege, um Peer-Support zu aktivieren bzw. anzufragen (Werthman et al. 2021)
- Gewährleistung der Anonymität bzw. Verschwiegenheit (Werthman et al. 2021)
- (vor)urteilsfreie Haltung der Peer-Supporter im Gespräch (Werthman et al. 2021)
- Einbettung des Peer-Support-Systems in weitere Strategien und Programme (Wade et al. 2022): z. B. Patientensicherheit, Qualitätssicherungsprogramm, Risikomanagement, betriebliche Gesundheitsförderung
- aktives Marketing/Branding des Peer-Support-Systems (Merandi et al. 2017)

- klare Teamrollen: z. B. Trennung von Koordination/Leitung und Peer-Supporter (Edrees et al. 2016; Lane et al. 2018)
- regelmäßige Dokumentation (Merandi et al. 2017)

Aus der Fragebogenerhebung und auch aus den Unterlagen der Handrecherche wurden folgende Erfolgsfaktoren exzerpiert:

- klare Prozesse und Ziele des Peer-Support-Systems
- regelmäßige Informationskampagnen
- Supervision und Debriefing-Angebote für Peer-Supporter
- regelmäßige Dokumentation und Evaluation
- niederschwelliger Zugang: z. B. durch freie Wahl des präferierten Peer-Supporters, aktives Zugehen, klare Prozesse zur Aktivierung
- bestimmte Charakteristika der Peer-Supporter: z. B. vertrauenswürdig, erfahren, angesehen und respektiert im Team
- ausreichende Unterstützung und Vernetzung für die Peer-Supporter: z. B. Fachkräfte im Hintergrund, Supervision, Vernetzungstreffen
- zielgerichtete Informationsweitergabe: z. B. Informationsdrehscheibe, Kampagnen auf mehreren Organisationsebenen
- unterstützende Organisationsleitung: z. B. klares Bekenntnis zum Peer-Support-System, Installation einer operativen/fachlichen Führung
- flexible Anpassung der Angebote/Interventionen für die jeweilige Organisation
- Offenheit im Team bzw. in der Organisation, Peer-Support in Anspruch zu nehmen

3.4 Forschungsfrage 2: Wo und wie wirken Peer-Support-Systeme?

Mit der tatsächlichen Wirkung der Peer-Support-Systeme beschäftigten sich im Vergleich zu den anderen beiden Forschungsfragen nur wenige Studien (n = 18). Zudem wurde nur selten mit Wiederholungsmessungen (Bryant 2022; Davis et al. 2025; Dukhanin et al. 2018; Finney et al. 2021a; Minjoz et al. 2025; Pelikan et al. 2023; Thompson et al. 2022) und nie mit Kontrollgruppen gearbeitet, sodass die untersuchten Wirkungen mit einer gewissen Unsicherheit interpretiert werden müssen. Die heterogene und meist schwache Evidenzlage erschwert auch eine kausale Interpretation der berichteten Effekte. Aus der Handrecherche konnten keine Ergebnisse hinsichtlich der Wirkung exzerpiert werden.

Bekanntheit und Erkennen des Second-Victim-Phänomens

Sowohl die Studien mit als auch jene ohne Wiederholungsmessung stellten fest, dass die Einführung eines Peer-Support-Systems die Bekanntheit des Second-Victim-Phänomens beim Personal erhöhte. Dies umfasste:

- generell eine erhöhte Bekanntheit des und ein vermehrtes Wissen über das Second-Victim-Phänomen (Bryant 2022; Dukhanin et al. 2018)
- eine höhere Vertrautheit bezüglich der Vorteile des Peer-Support-Systems (Busch et al. 2021)
- das Erkennen von Stressreaktionen (Minjoz et al. 2025)

- eine erhöhte Wachsamkeit hinsichtlich des Wohlbefindens von Kolleginnen und Kollegen (Schroder et al. 2022)
- die Wertschätzung gegenüber dem Informationsmaterial zum Second-Victim-Phänomen (Moll et al. 2025)
- eine erhöhte Bereitschaft, Hilfe zu suchen bzw. in Anspruch zu nehmen (Marr et al. 2021)

Wirkungen auf Organisationsebene

Auch diesbezüglich kamen die Studien unabhängig von ihrer Messmethode zu ähnlichen Ergebnissen. Es wurde berichtet, dass sich durch die Einführung des Peer-Support-Systems

- die Fehlerkultur verbesserte (Finney et al. 2021a; Pelikan et al. 2023),
- eine höhere Unterstützung durch die Organisation wahrgenommen wurde (Bryant 2022; Busch et al. 2021; Minjoz et al. 2025; Simms-Ellis et al. 2025),
- die Reporting-Kultur von kritischen Ereignissen davon profitierte (Busch et al. 2021; El Hechi et al. 2020; Marr et al. 2021),
- ein Safe Space durch die Peer-Supporter eingerichtet wurde (El Hechi et al. 2020; Schroder et al. 2022) und
- die Inanspruchnahme von Hilfe/Unterstützung erleichtert wurde (Dukhanin et al. 2018).

Wirkungen auf Beschwerden und Symptome

Folgende Erkenntnisse bezüglich Beschwerden und Symptome nach Einführung eines Peer-Support-Systems wurden von einem systematischen Review zusammengefasst (Simms-Ellis et al. 2025):

- keine signifikante Wirkung auf psychischen oder physischen Stress
- keine signifikante Wirkung auf die Selbstwirksamkeit im Beruf
- keine signifikante Wirkung auf die Erholungsgeschwindigkeit nach einem belastenden Ereignis

Folgende Wirkungen, die nicht vom Review abgedeckt wurden, wurden zusätzlich in Primärstudien festgestellt:

- reduzierter Stress direkt nach dem Gespräch (n = 13 Befragte, Davis et al. (2025)) bzw. durch die Einführung des Systems (n = 231; Pelikan et al. (2023))
- reduzierter Wunsch, die Organisation zu verlassen (n = 63 Connors et al. (2020))
- Nach dem Gespräch konnten Betroffene wieder mit Selbstvertrauen ihre Arbeit aufnehmen (n = 63, Connors et al. (2020)).
- höheres Wohlbefinden nach dem Gespräch (n = 63, Connors et al. (2020))
- Wahrnehmung des Peer-Support-Systems als generell (sehr) hilfreich für Second Victims (n = 6, Merandi et al. (2018); n = 31, Pelikan et al. (2023))

3.5 Forschungsfrage 3: Wie werden Peer-Supporter ausgebildet?

Anhand der inkludierten Studien und Unterlagen der Handrecherche wurden die Ergebnisse zur Peer-Supporter-Ausbildung in sechs Themencluster gegliedert.

Rekrutierung der Peer-Supporter

In zwei Studien wurde berichtet, wie viele Peer-Supporter ausgebildet werden sollten. Angestrebt wurde ein Verhältnis von 1 Peer-Supporter pro 10 bis 20 Mitarbeitenden (Finney et al. 2021b; Slykerman et al. 2019). Außerdem wurde beschrieben, dass man am besten darauf achten sollte, Peer-Supporter aus allen Berufsgruppen und, falls es sich um einen Schichtbetrieb handelt, aus allen Schichträdern auszubilden (Finney et al. 2021b). Die Nominierung der infrage kommende Peer-Supporter erfolgte durch Abteilungsleiter:innen (Edrees et al. 2016; El Hechi et al. 2020; Klatt et al. 2021; Krzan et al. 2015; Merandi et al. 2017) oder durch Selbstnominierung (Marr et al. 2021).

Die in den Unterlagen der Handrecherche beschriebenen Peer-Support-Systeme gingen bei der Rekrutierung strenger vor. Die Nominierung erfolgte entweder selbst, durch Vorgesetzte oder durch andere Kolleginnen und Kollegen. Allerdings erfolgte dann ein Auswahlverfahren, das sich aus Unterlagen (Lebenslauf, Motivationsschreiben, Empfehlungsschreiben), Fragebögen, Tests, Reflexionsgesprächen oder Interviews zusammensetzte. Die letzte Entscheidung zur Aufnahme zur Ausbildung erfolgte entweder durch die Leiter:innen des Peer-Support-Systems, durch Psychologinnen bzw. Psychologen, durch die Personalabteilung oder durch die Trainer:innen des Ausbildungslehrganges.

Auswahlkriterien

Sechs Studien beschrieben eine umfassende Liste an Kriterien, anhand derer die Eignung zum Peer-Supporter geprüft werden sollte (Civil/Hoskins 2022; Davis et al. 2025; Johnson et al. 2024; Krzan et al. 2015; Merandi et al. 2017; Michael et al. 2025). Allerdings wurde nie klar beschrieben, welche dieser Kriterien erfüllt sein müssen und wie die tatsächliche Entscheidung, ob nun eine Person als Peer-Supporter ausgebildet wird oder nicht, getroffen wurde. Diese Heterogenität und fehlende Gewichtung der Kriterien erlauben somit kein abschließendes Urteil darüber, ob und wann jemand für den Peer-Support geeignet ist oder nicht. Die berichteten Kriterien umfassten:

- Vertrauenswürdigkeit und Vertraulichkeit
- Kommunikationsfähigkeiten, aktives Zuhören
- Empathie
- respektiert und anerkannt von Kolleginnen und Kollegen
- respektvoller und vorurteilsfreier Umgang mit anderen
- Verlässlichkeit
- Führungsqualitäten
- Selbstfürsorge und Erkennen eigener Grenzen
- persönliche Erfahrung als Second Victim
- Motivation zur Weiterbildung und Weiterentwicklung
- natürliche Begabung

In den Unterlagen der Handrecherche fanden sich ebenfalls zahlreiche Kriterien, anhand derer die Eignung von Peer-Supporter überprüft wurde. Diese überschnitten sich mit den oben genannten. Zusätzliche Kriterien waren:

- Teamorientierung
- Belastbarkeit
- Flexibilität
- keine Überheblichkeit oder Arroganz
- emotionale Intelligenz
- schnelle Auffassungsgabe
- Kultursensibilität
- Basiswissen hinsichtlich Stress und Stressbewältigung
- Erfahrung/Basiswissen in Psychologie, Gesundheit oder Pädagogik
- 25 bis 60 Jahre
- mindestens sieben Jahre Berufserfahrung im aktuellen Beruf
- keine Leitungsfunktion

Ausbildungsdauer

Die Dauer der Ausbildung zum Peer-Supporter rangierte zwischen zwei und acht Stunden (Bryant 2022; Carbone et al. 2022; Davis et al. 2025; Edrees et al. 2016; El Hechi et al. 2020; Finney et al. 2021b; Johnson et al. 2024; Krzan et al. 2015; Merandi et al. 2017; Pelikan et al. 2023; Slykerman et al. 2019).

Die Peer-Support-Systeme der Handrecherche arbeiteten mit einer längeren Ausbildung von 4,5 Stunden bis hin zu acht Tagen. Dies mag unter anderem damit verbunden sein, dass hier auch andere Berufsgruppen (z. B. Feuerwehr, Bundesheer) inkludiert wurden und teilweise umfassendere Maßnahmen von den Peer-Supportern umgesetzt wurden.

Ausbildungsinhalte

Insgesamt 19 Studien beschrieben, welche Inhalte in den Ausbildungen zum Peer-Supporter gelehrt wurden (Bryant 2022; Carbone et al. 2022; Davis et al. 2025; Edrees et al. 2016; El Hechi et al. 2020; Gatterer et al. 2024; Johnson et al. 2024; Klatt et al. 2021; Krzan et al. 2015; Lane et al. 2018; Marks et al. 2017; Merandi et al. 2017; Minjoz et al. 2025; Mira et al. 2025; Sanchez-Garcia et al. 2025; Schroder et al. 2022; Slykerman et al. 2019; Thompson et al. 2022; Trammell et al. 2024). In der nachfolgenden Auflistung befinden sich alle identifizierten Themenfelder:

- Second-Victim-Phänomen
  - Warnsignale und Risikofaktoren von Second Victims
  - Stressreaktionen
  - Erholungsprozess
- Kommunikation und interpersonelle Fähigkeiten
  - aktives Zuhören
  - Kultursensibilität
  - Empathie

    - gruppenorientiertes Handeln
    - (vor)urteilsfreies Handeln
- emotionaler Beistand und Interventionstechniken
    - Techniken der Psychologischen Ersten Hilfe
    - Stabilisierungstechniken
    - Stressbewältigungsstrategien
    - Krisenintervention
    - emotionale Unterstützung
    - Unterstützung in der Problemlösung
- ethische und rechtliche Rahmenbedingungen
    - Zurechnungsfähigkeit
    - Wahrung der Vertraulichkeit
    - rechtliche Unterstützung
- organisatorische Fähigkeiten und Abläufe
    - Aufbau und Umsetzung des Peer-Support-Systems
    - Bekanntmachen und Werbung für das Peer-Support-System
    - Eskalation weiterführender Betreuungs-/Behandlungsangebote
    - Kenntnis organisatorischer Unterstützungsmöglichkeiten
- Selbstfürsorge und Motivation
    - Reflexionsfähigkeit
    - Motivationstechniken
    - Führung und Vorbildwirkung
    - Förderung der Resilienz
    - Supervision

Diese Inhalte fanden sich mehrfach in den Dokumenten der Handrecherche wieder. Zusätzlich wurden noch folgende Inhalte genannt:

- hilfreiche Erstinterventionen
- komplexe Emotionen
- Trauer und Trauerverarbeitung
- Suizid
- Rollenkonflikte
- Dokumentation von Einsätzen

Didaktische Umsetzung der Ausbildung

Nur ein Teil der Studien schilderte, wie die Ausbildung didaktisch umgesetzt wurde (Davis et al. 2025; El Hechi et al. 2020; Gatterer et al. 2024; Johnson et al. 2024; Klatt et al. 2021; Lane et al. 2018). Neben Vorträgen wurden auch Videos und Fallbeispiele, Fachliteratur, Handouts, Simulationen und Rollenspiele oder auch das Teilen von persönlichen Erlebnissen eingesetzt. Einige Peer-Support-Programme arbeiteten mit Online-Angeboten bzw. -Workshops (Carbone et al. 2022; Slykerman et al. 2019; Thompson et al. 2022).

Im Zuge der Handrecherche wurden noch weitere didaktische Werkzeuge identifiziert: Breakout-Rooms (Gruppenarbeiten oder Gruppendiskussionen), Wissensabfragen bzw. Tests oder die Erarbeitung eines Konzepts für die Gestaltung des eigenen Peer-Support-Gesprächs.

Zusätzliche Trainingsangebote für Peer-Supporter

In sieben Studien wurde über weitere Trainingsangebote für Peer-Supporter berichtet (Carbone et al. 2022; Davis et al. 2025; Edrees et al. 2016; Johnson et al. 2024; Klatt et al. 2021; Lane et al. 2018; Slykerman et al. 2019). Diese umfassten:

- eine Post-Training-Session etwa zwei Wochen nach der Ausbildung zur Verfestigung der Inhalte
- monatliche bis vierteljährliche Meetings für Peer-Supporter zum Austausch und zur gemeinsamen Reflexion
- jährliche Auffrischungstrainings, um Inhalte zu wiederholen und neues Wissen zum Second-Victim-Phänomen zu teilen
- jährliche Überprüfung der Kompetenzen
- Debriefings, die nach jedem Einsatz der Peer-Supporter stattfinden (meist mit den Koordinatorinnen bzw. Koordinatoren oder mit Kolleginnen bzw. Kollegen)

Einige der durch die Handrecherche identifizierten Peer-Support-Systeme arbeiteten zudem mit punktuellen Weiterbildungen zu Spezialthemen (z. B. Suizid, Schuld), Erste-Hilfe-Kursen oder einer verpflichtenden Hospitation von neuen Peer-Supporter bei erfahrenen Kolleginnen bzw. Kollegen.

4 Zusammenfassung und Diskussion

Der vorliegende Scoping Review verfolgte das Ziel, einen systematischen Überblick über Gestaltung, Wirkung und Ausbildung von Peer-Support-Systemen für Second Victims im Gesundheitswesen und bei Behörden mit Sicherheitsaufgaben zu geben. Hierfür wurde sowohl wissenschaftliche Fachliteratur als auch graue Literatur aus der Praxis integriert, um ein möglichst breites Bild dieses heterogenen Forschungs- und Handlungsfeldes zu zeichnen. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass Peer-Support-Systeme international weit verbreitet sind, jedoch hinsichtlich ihrer konkreten Ausgestaltung, Implementierung und Evaluation eine hohe Variabilität aufweisen.

Wie werden Peer-Support-Systeme gestaltet?

In Hinblick auf die Gestaltung von Peer-Support-Systemen zeigt sich eine starke theoretische Orientierung an etablierten Konzepten wie dem Three-Tiered Model of Support (Scott et al. 2010) sowie dem Critical Incident Stress Management (Mitchell/Everly 2023). Die Evidenzbasis für deren spezifische Wirksamkeit im Gesundheitskontext ist jedoch begrenzt. Gleichzeitig verdeutlichen die Ergebnisse der grauen Literatur, dass viele Systeme zwar auch theoretische Modelle als Ausgangsbasis heranziehen, diese allerdings praxisgeleitet adaptiert werden. So münden jahrelange Erfahrungen und spezifische organisationale Rahmenbedingungen in iterative Anpassungsprozesse, die im besten Fall zu einer passgenauen Gestaltung der Peer-Support-Systeme für die jeweilige Organisation und Berufsgruppe führen.

Ein weiterer zentraler Befund betrifft die Implementierung von Peer-Support-Systemen. Einzelne Studien beschrieben zwar die Implementierungsphasen ihrer Peer-Support-Systeme, allerdings eher oberflächlich (Gatterer et al. 2024; Johnson et al. 2024; Slykerman et al. 2019). Grund hierfür könnte im Schutz des geistigen Eigentums liegen, da manche Peer-Support- Systeme vermarktet werden und das Know-how nicht unentgeltlich zur Verfügung gestellt wird. Im Gegensatz dazu beschrieben die in der Praxis entwickelten Leitfäden ihre Implementierungsphasen umfassender. Sie legten auch großen Wert auf die Einholung eines Zugeständnisses der Organisationsleitung und die langfristige Absicherung notwendiger finanzieller und personeller Ressourcen, bevor das System auch tatsächlich umgesetzt wurde. In diesem Zusammenhang werden auch Empfehlungen ausgesprochen, ein installiertes Peer-Support-System in weitere Qualitätssicherungssysteme einzubetten, um Synergien herzustellen und eine langfristige Umsetzung zu forcieren.

Eine weitere Säule der Gestaltung ist die Definition der benötigten Rollen und damit einhergehenden Aufgabenbereiche. Im Kern sind drei wesentliche Rollen notwendig: Koordinatorinnen und Koordinatoren, die weisende und administrative Aufgaben übernehmen, Peer-Supporter, die als Ansprechpartner für Second Victims fungieren, und (internes oder externes) Fachpersonal, an das besonders belastete Second Victims weitervermittelt werden können (Edrees et al. 2016; ERNST 2021; Krzan et al. 2015; Lane et al. 2018; Merandi et al. 2017; Slykerman et al. 2019; Wade et al. 2022). Für die Koordination wird empfohlen, je nach Organisationsgröße und Gestaltung des Systems, auch mehrere Rollen zu definieren und voneinander abzugrenzen. So können beispielsweise Rollen für die Leitung, die Weiterbildung, das Monitoring, das Marketing, die Technik oder die Ausbildung von Peer-Supportern definiert werden.

Die Aktivierungsmechanismen des Peer-Supports variieren stark zwischen hoch formalisierten Prozessen (z. B. Anforderung bzw. Bewilligung von Peer-Support durch Vorgesetzte) und informellen Zugängen (z. B. telefonischer Erstkontakt, Anfrage über E-Mail, persönlicher Kontakt) sowie zwischen Selbst- und Fremdauslösung. Im Gesundheitswesen zeigt sich eine höhere Offenheit für niederschwellige Zugänge. Insbesondere vorteilhaft scheint, mehrere Aktivierungsmechanismen anzubieten, denn so können Betroffene je nach persönlicher Vorliebe den passenden Zugang nutzen.

Wo und wie wirken Peer-Support-Systeme?

Bezüglich der Wirkung von Peer-Support-Systemen zeigt sich auf Basis der eingeschlossenen Literatur insgesamt ein inkonsistentes Bild. Während qualitative und subjektive Einschätzungen die Programme überwiegend als hilfreich bewerten, lassen sich quantitative und objektive Effekte auf psychische Belastung, Stress oder Selbstwirksamkeit bislang kaum eindeutig nachweisen. Die Gründe hierfür liegen insbesondere in methodischen Limitationen der bestehenden Studien, darunter kleine Stichproben, fehlende Kontrollgruppen sowie ungeeignete Outcome-Messungen.

Vor diesem Hintergrund erscheint es angemessen, die derzeitige Evidenz nicht als Hinweis auf mangelnde Wirksamkeit zu interpretieren, sondern vielmehr als Ausdruck einer bestehenden Evidenzlücke. Gleichzeitig deuten einige Ergebnisse darauf hin, dass die Wirkung von Peer-Support-Systemen auch die organisationale Ebene betrifft. Verbesserungen der Fehlerkultur und des Fehlerreportings, eine erhöhte Wahrnehmung der Unterstützung sowie die Etablierung sicherer Kommunikationsräume („Safe Spaces") sind konsistente Befunde (Bryant 2022; Busch et al. 2021; Dukhanin et al. 2018; El Hechi et al. 2020; Finney et al. 2021a; Marr et al. 2021; Minjoz et al. 2025; Pelikan et al. 2023; Schroder et al. 2022; Simms-Ellis et al. 2025). Peer-Support ordnet sich somit auch als Instrument zur Förderung organisationaler Resilienz ein.

Ein weiterer wichtiger Aspekt betrifft die Erwartungshaltung an Peer-Support-Systeme. Anstatt primär auf langfristige klinische Outcomes zu fokussieren, könnte es sinnvoll sein, stärker den unmittelbaren Nutzen einzelner Unterstützungsinteraktionen (Outputs) zu betrachten, wie etwa emotionale Entlastung, Orientierung oder Stabilisierung nach belastenden Ereignissen. In einigen Studien wurden auch Wirkungen auf Kündigungen oder auf das generelle Stressniveau des Personals untersucht (Simms-Ellis et al. 2025). Es konnten keine oder wenig belastbare Zusammenhänge gefunden werden. Dies ist wenig überraschend, denn diese Outcomes sind multifaktoriell bedingt und die Erwartung, dass ein Peer-Support-System diese Aspekte (stark) beeinflusst, scheint überzogen. Ein Peer-Support-System zielt nicht auf die Reduktion von stressauslösenden Arbeitsbedingungen oder strukturellen Belastungen per se ab. Es fokussiert auf Second Victims und unterstützt diese in ihrer Verarbeitung und/oder vermittelt diese an weiterführende Fachkräfte.

Für die Schließung der Forschungslücke zur Wirkung und zu den Wirkmechanismen sollte zukünftig mehr Wert auf definierte Wirkannahmen, angemessene Outputs und Outcomes sowie methodisch solide Untersuchungsdesigns gelegt werden.

Wie werden Peer-Supporter ausgebildet?

Die Ausbildung von Peer-Supportern ist durch eine ausgeprägte Heterogenität gekennzeichnet. Es existieren keine übergreifenden, verbindlichen Mindeststandards hinsichtlich Dauer, Umfang oder Inhalte der Trainings. Während einige Peer-Support-Systeme nur wenige Stunden Ausbildung umfassen, sehen andere mehrere Tage vor. In Abhängigkeit davon, ob Peer-Supporter auch zusätzliche Maßnahmen setzen (z. B. Gruppengespräche, Debriefing), muss für die Ausbildung mehr Zeit zur Verfügung gestellt werden. Ebenfalls zu bedenken gilt, ob Peer-Supporter bereits direkt nach ihrer Ausbildung in der Lage sind, die erlernten Techniken bzw. das übermittelte Wissen anzuwenden. Einige Peer-Support-Systeme arbeiteten daher auch mit Mentoring bzw. Hospitationen, um eine Überforderung oder Unsicherheiten neuer Peer-Supporter zu vermeiden.

Die Liste an möglichen Inhalten für die Peer-Ausbildung ist sehr lange. Es erscheint von hoher Wichtigkeit, eine zielsichere Auswahl jener Inhalte zu treffen, die unbedingt für die Tätigkeiten eines Peer-Supporters in der jeweiligen Organisation erforderlich sind. Dadurch können sich die Auszubildenden besser auf die Kernelemente konzentrieren und sich tiefergehend damit beschäftigen. Weitere Inhalte können nach und nach in Weiterbildungen vermittelt werden. Schließlich ist die Entscheidung über den Umfang auch dahingehend zu treffen, wie viele zeitliche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden können.

Die Qualität des Peer-Supports hängt maßgeblich von den Qualifikationen, aber auch von den Persönlichkeitseigenschaften der Peer-Supportern ab. Zwar existieren umfangreiche Kriterienkataloge zur Auswahl geeigneter Peer-Supporter, jedoch fehlt die Transparenz darüber, wie diese Kriterien gewichtet und angewendet werden. Welche der Kriterien also unbedingt vorhanden sein müssen, welche vorhanden sein können und welche vielleicht andere auch ersetzen können, geht nicht klar hervor. In der Praxis – insbesondere außerhalb des Gesundheitswesens – werden teils strengere Auswahlverfahren eingesetzt, was auf unterschiedliche Qualitätsansprüche, aber auch auf größere Herausforderungen für die Peer-Supporter hinweisen könnte. Wie letztendlich die Entscheidung darüber gefällt wird, ob jemand zu Peer-Supporter ausgebildet wird oder nicht, scheint bei jeder Organisation anders zu sein.

Zudem unterstreichen die Ergebnisse die zentrale Bedeutung von Supervision, Reflexion und Selbstfürsorge für Peer-Supporter, denn die Gespräche mit Second Victims können auch mit hoher emotionaler Belastung, Verantwortung und Intensität verbunden sein. Diese Angebote unterstützen Peer-Supporter dabei, die eigene psychische Gesundheit zu erhalten und eine hohe Qualität der Beratungsleistung zu erzielen. Zudem sind eine klare Abgrenzung zu therapeutischen Rollen sowie eine genaue Definition von Eskalationspfaden bei schwerer Belastung essenziell.

Limitationen und Forschungslücken

Die Ergebnisse des vorliegenden Scoping Review sind unter Berücksichtigung mehrerer Limitationen zu interpretieren. Eine erste Einschränkung betrifft die Handrecherche grauer Literatur. Die Auswahl der Organisationen erfolgte teilweise über bestehende Netzwerke, was zu einem Selektionsbias führen kann. Es ist anzunehmen, dass insbesondere Organisationen mit bereits etablierten oder gut funktionierenden Peer-Support-Systemen in die Analyse aufgenommen

wurden, wodurch eine tendenziell positivere Darstellung der Umsetzung sowie der identifizierten Erfolgsfaktoren begünstigt sein könnte.

Darüber hinaus ist kritisch anzumerken, dass zwar in den eingeschlossenen Studien keine Interessenkonflikte der Autorinnen und Autoren offengelegt wurden, deren Vorliegen jedoch zumindest teilweise wahrscheinlich ist. Viele der beschriebenen Peer-Support-Systeme – insbesondere im US-amerikanischen Kontext – werden von Organisationen oder Unternehmen entwickelt und betreut, die diese Angebote zugleich kommerziell vermarkten. Vor diesem Hintergrund kann eine potenziell verzerrte Darstellung nicht ausgeschlossen werden, etwa durch eine beschönigende Perspektive oder das Ausblenden von negativen Effekte und Herausforderungen.

Der zuletzt genannte Publikationsbias, der generell zu finden ist und nicht nur Studien zu Peer-Support-Systemen betrifft, könnte auch der Grund dafür sein, weshalb kaum Ergebnisse zu unerwünschten Effekten, Problemen in der Umsetzung oder auch fehlenden Wirkungen vorgefunden wurden. Dieser Scoping Review hätte sich beispielsweise auch dafür interessiert, weshalb bestimmte Second Victims das Angebot bestehender Peer-Support-Systeme nicht nutzten und welche Probleme und Verbesserungspotenziale festgestellt werden. Dies konnte durch die berücksichtigte graue Literatur, die für den internen Gebrauch gedacht ist und daher offener mit diesen Aspekten umgeht, etwas abgefedert werden.

Die inkludierten Studien lieferten wertvolle Erkenntnisse zur Gestaltung von Peer-Support-Systemen für Second Victims im Gesundheitswesen. Allerdings fehlen insbesondere Langzeitdaten zur Stabilität und Nachhaltigkeit sowie zur Wirkung und Effektivität von Peer-Support-Systemen. Bislang liegen hauptsächlich Implementierungsstudien und Evaluationsstudien, die Kurzzeiteffekte ins Visier nahmen, vor. Eine Abschätzung darüber, ob und inwiefern Peer-Support-Systeme nachhaltig in die Organisationskultur integriert sind und welche Langzeiteffekte für Second Victims oder auch die Organisationen beobachtet werden können, kann deshalb zum aktuellen Zeitpunkt nicht vollständig vorgenommen werden. Gleichzeitig existiert umfangreiches Praxiswissen, das nur unzureichend in die wissenschaftliche Forschung integriert wurde. Ein bislang zu wenig genutztes Potenzial.

Der Scoping Review schloss sowohl Primärstudien als auch Reviews ein und es kam mehrfach vor, dass die gefundenen Primärstudien auch in den eingeschlossenen Reviews berücksichtigt wurden. Der Überschneidungsgrad der Primärstudien in den systematischen Reviews („Overlap of studies") wurde nicht berechnet. Um einer Über- bzw. Doppelbewertung der gefundenen Ergebnisse dieser Studien entgegenzuwirken, wurden die Ergebnisse narrativ dargestellt und pro Thema nur einmalig berichtet. Darüber hinaus wurde im Themenfeld der untersuchten Wirkungen detailliert dargelegt, aus welchen Studien welche Wirkungen exzerpiert wurden.

Eine weitere Einschränkung der Ergebnisse ergibt sich aus der Frage, inwiefern die gefundenen Ergebnisse tatsächlich auf das österreichische Gesundheitssystem übertragbar sind. Eine Vielzahl der berücksichtigten Studien wurde in den USA durchgeführt. Somit unterscheiden sich zahlreiche Kontextfaktoren, wie das Rechtssystem, Arbeitszeitregelungen, Ausbildungscurricula oder auch Organisationsstrukturen. Deshalb berücksichtigte der Scoping Review auch graue Literatur zu Peer-Support-Systemen aus dem deutschsprachigen Raum. Durch die differenzierte Betrachtungsweise ließen sich einerseits Gemeinsamkeiten, aber auch Spezifika ableiten.

Fazit

Dieser Scoping Review bietet einen umfassenden Überblick über ein bislang fragmentiertes Forschungsfeld. Durch die Kombination wissenschaftlicher und praktischer Literaturquellen konnten die verschiedenen Arten, wie Peer-Support-Systeme gestaltet werden, welche Wirkungen bereits untersucht wurden und auf welche Weise Peer-Supporter ausgebildet werden, aus beiden Perspektiven kartiert werden. Dies bietet eine gute Orientierungsgrundlage für die Entwicklung von Umsetzungsleitfäden oder auch für Adaptierungen bestehender Peer-Support-Systeme. Zusätzlich können die Ergebnisse auch genutzt werden, um standardisierte Evaluationen oder Monitorings zu entwickeln.

Literatur

Bryant, Megan Renee (2022): Raising awareness of second victim phenomenon and supporting you: A quality and safety initiative. In: Dissertation Abstracts International Section B The Sciences and Engineering 83/8:1-110

Busch, Isolde M.; Moretti, Francesca; Purgato, Marianna; Barbui, Corrado; Wu, Albert W.; Rimondini, Michela (2020): Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events: a Systematic Review and Meta-Analysis. In: Journal of patient safety 16/2:e61-e74

Busch, Isolde Martina; Moretti, Francesca; Campagna, Irene; Benoni, Roberto; Tardivo, Stefano; Wu, Albert W.; Rimondini, Michela (2021): Promoting the Psychological Well-Being of Healthcare Providers Facing the Burden of Adverse Events: A Systematic Review of Second Victim Support Resources. In: International journal of environmental research and public health 18/10:1-17

Carbone, Roberta; Ferrari, Silvia; Callegarin, Stefano; Casotti, Francesca; Turina, Laura; Artioli, Giovanna; Bonacaro, Antonio (2022): Peer support between healthcare workers in hospital and out-of-hospital settings: a scoping review. In: Acta bio-medica : Atenei Parmensis 93/5:1-18

Civil, Nina M.; Hoskins, Jeffrey D. (2022): Building a critical incident peer response team: A full theatre team welfare intervention. In: Anaesthesia and intensive care 50/6:421-429

Connors, C. A.; Dukhanin, V.; March, A. L.; Parks, J. A.; Norvell, M.; Wu, A. W. (2020): Peer support for nurses as second victims: Resilience, burnout, and job satisfaction. In: Journal of Patient Safety and Risk Management 25/1:22-28

Davis, Amy E.; Copeland-Streeter, Donna J.; Okoye, Rosanna R. (2025): Effects of a Second Victim Peer Support Program in the Pediatric Intensive Care Unit. In: The American journal of nursing 125/4:54-60

Dukhanin, Vadim; Edrees, Hanan H.; Connors, Cheryl A.; Kang, Eric; Norvell, Matt; Wu, Albert W. (2018): Case: A Second Victim Support Program in Pediatrics: Successes and Challenges to Implementation. In: Journal of pediatric nursing 41/:54-59

Edrees, Hanan; Connors, Cheryl; Paine, Lori; Norvell, Matt; Taylor, Henry; Wu, Albert W. (2016): Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. In: BMJ open 6/9:1-12

El Hechi, Majed W.; Bohnen, Jordan D.; Westfal, Maggie; Han, Kelsey; Cauley, Christy; Wright, Cameron; Schulz, John; Mort, Elizabeth; Ferris, Timothy; Lillemoe, Keith D.; Kaafarani, Haytham Ma (2020): Design and Impact of a Novel Surgery-Specific Second Victim Peer Support Program. In: Journal of the American College of Surgeons 230/6:926-933

ERNST (2021): Peer Support Program Implementation Guide. The European Researchers Network Working on Second Victims, Valencia

Falkai, Peter; Wittchen, Hans-Ulrich; Döpfner, Manfred; Gaebel, Wolfgang; Maier, Wolfgang; Rief, Winfried; Saß, Henning; Zaudig, Michael (2015): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. Hg. v. American Psychiatric Association. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

FFG Forschung wirkt (2026): Quasi-Buddy UP Qualitätssicherung von Peer Support Systemen im Gesundheitswesen [online]. Österreichische Forschungsförderungsgesellschaft mbH. https://projekte.ffg.at/projekt/5137335 [Zugriff am 05.05.2026]

Finney, Robyn E.; Czinski, Scott; Fjerstad, Kelly; Arteaga, Grace M.; Weaver, Amy L.; Riggan, Kirsten A.; Allyse, Megan A.; Long, Margaret E.; Torbenson, Vanessa E.; Rivera-Chiauzzi, Enid Y. (2021a): Evaluation of a Second Victim Peer Support Program on Perceptions of Second Victim Experiences and Supportive Resources in Pediatric Clinical Specialties Using the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). In: Journal of pediatric nursing 61/:312-317

Finney, Robyn E.; Jacob, Adam; Johnson, Julie; Messner, Hayley; Pulos, Bridget; Sviggum, Hans (2021b): Implementation of a Second Victim Peer Support Program in a Large Anesthesia Department. In: AANA journal 89/3:235-244

Gatterer, C.; Krommer, E.; Ablöscher, M.; Klemm, V.; Rösner, H.; Strametz, R.; Huf, W.; Ettl, B. (2024): Collegial help (KoHi)—Description of an interventional program to reduce the impact of stressful work situations in terms of the second victim phenomenon among personnel with direct patient contact at the Clinic Hietzing, Vienna, Austria (KoHi-II study). In: Zentralblatt fur Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie 74/1:26-32

Gibalska-Dembek, Agnieszka; Sys, Dorota Natalia (2024): Medical personnel as the 'second victim' of an adverse medical event – narrative review. In: Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu2:104-111

Gosselin, Tracy; Pickett, Lisa; Oliver, John; Gross, Michael (2025): Caring for Each Other: An Evaluation of a Peer Support Program for Nurses and Health Care Workers. In: Journal of nursing care quality 40/2:181-186

Hess, Amberly; Flicek, Tasha; Watral, Alexandra T.; Phillips, Meshach; Derby, Kelly; Ayres, Sara; Carney, Jason; Voll, Anthony; Blocker, Renaldo (2024): BONE Break: A Hot Debrief Tool to Reduce Second Victim Syndrome for Nurses. In: Joint Commission journal on quality and patient safety 50/9:673-677

Johnson, Bernadette; New, Luci; Ballister, Michele; Brown, Courtney; Scott, Susan (2024): Implementing a Peer Support Program for Second Victims. In: The American journal of nursing 124/9:44-52

Kappes, Maria; Romero-Garcia, Marta; Delgado-Hito, Pilar (2021): Coping strategies in health care providers as second victims: A systematic review. In: International nursing review 68/4:471-481

Klatt, T. E.; Sachs, J. F.; Huang, C. C.; Pilarski, A. M. (2021): Building a Program of Expanded Peer Support for the Entire Health Care Team: No One Left Behind. In: Joint Commission journal on quality and patient safety 47/12:759-767

Klemm, Victoria; Potura, Eva; Fuerst, Sabine; Roesner, Hannah; Strametz, Reinhard (2025a): The Second Victim Phenomenon among Midwives in Austria (SeViD-A3): A Cross-sectional Study. In: European journal of midwifery 9/:1-8

Klemm, Victoria; Strametz, Reinhard; Neusius, Thomas; Raspe, Matthias; Trautmann, Rafael; Gistrichovsky, Marc; Petzina, Rainer; Bushuven, Stefan; Marung, Hartwig (2025b): Second victims among emergency medical dispatchers in Germany: a cross-sectional study (SeViD-VII). In: International Journal of Emergency Medicine 19/27:1-11

Krzan, Kara D.; Merandi, Jenna; Morvay, Shelly; Mirtallo, Jay (2015): Implementation of a "second victim" program in a pediatric hospital. In: American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists 72/7:563-567

Lamnek, Siegfried (2010): Qualitative Sozialforschung. 5. Aufl., Beltz, Basel

Lane, Michael A.; Newman, Brianne M.; Taylor, Mary Z.; O'Neill, Meg; Ghetti, Chiara; Woltman, Robin M.; Waterman, Amy D. (2018): Supporting Clinicians After Adverse Events: Development of a Clinician Peer Support Program. In: Journal of patient safety 14/3:56-60

Leavell, H. R.; Clark, E. G. (1965): Natural history of the diseases. In: Preventive medicine for the doctor in his community 2/1:13-47

Marks, Madeline R.; Bowers, Clint; DePesa, Natasha S.; Trachik, Benjamin; Deavers, Frances E.; James, Nicholas T. (2017): REACT: A paraprofessional training program for first responders-A pilot study. In: Bulletin of the Menninger Clinic 81/2:150-166

Marr, R.; Goyal, A.; Quinn, M.; Chopra, V. (2021): Support opportunities for second victims lessons learned: a qualitative study of the top 20 US News and World Report Honor Roll Hospitals. In: BMC health services research 21/1330:1-10

Marung, Hartwig; Strametz, Reinhard; Roesner, Hannah; Reifferscheid, Florian; Petzina, Rainer; Klemm, Victoria; Trifunovic-Koenig, Milena; Bushuven, Stefan (2023): Second Victims among German Emergency Medical Services Physicians (SeViD-III-Study). In: International journal of environmental research and public health 20/5:4267-4278

Merandi, J.; Winning, A. M.; Liao, N.; Rogers, E.; Lewe, D.; Gerhardt, C. A. (2018): Implementation of a second victim program in the neonatal intensive care unit: An interim analysis of employee satisfaction. In: Journal of Patient Safety and Risk Management 23/6:231-238

Merandi, Jenna; Liao, Nancy; Lewe, Dorcas; Morvay, Shelly; Stewart, Barb; Catt, Charline; Scott, Susan D. (2017): Deployment of a Second Victim Peer Support Program: A Replication Study. In: Pediatric quality & safety 2/4:1-8

Michael, Sarah; Vrklevski, Lila Petar; Innes, Lesley; Hallahan, Andrew; Lyons, Blaise; Campbell, Sharon; Slade, Graeme; Richards, Bethan (2025): Colleague Care - Implementing a staff peer support program. In: Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 33/2:259-264

Minjoz, S.; Collin-Vézina, D.; Genest, C.; Nicholas Carleton, R. N.; Ricciardelli, R.; Moll, S.; St-Hilaire, G.; Geoffrion, S. (2025): Implementation and evaluation of a psychological first aid program to manage post-traumatic stress injuries among Canadian police officers. In: Implementation Science Communications 6/117:1-14

Mira, Jose Joaquin; Carrillo, Irene; Gil-Hernandez, Eva; Strametz, Reinhard; Knezevic Krajina, Hana; Schroder, Katja; Tella, Susanna; Paiva, Sofia Guerra; Knezevic, Bojana; Panella, Massimiliano; Seys, Deborah; Srulovici, Einav; Polluste, Kaja; Vanhaecht, Kris; Sousa, Paulo (2025): Key elements for designing effective second victim support interventions: a focus group study in European clinical settings. In: BMJ open 15/1:1-13

Mitchell, Jeffrey T.; Everly, George S. (2023): Critical Incident Stress Management (CISM). In: First responder mental health: A clinician's guide. Springer International Publishing, Cham. S. 209-S. 179

Moll, Sandra E.; Ricciardelli, Rosemary; Carleton, R. Nicholas; MacDermid, Joy C.; Czarnuch, Stephen; MacPhee, Renee S. (2025): PeerOnCall: Evaluating Implementation of App-Based Peer Support in Canadian Public Safety Organizations. In: International journal of environmental research and public health 22/1:1-16

Munn, Zachary; Pollock, Danielle; Khalil, Hanan; Alexander, Lyndsay; McLnerney, Patricia; Godfrey, Christina M.; Peters, Micah; Tricco, Andrea C. (2022): What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. In: JBI evidence synthesis 20/4:950-952

Pelikan, Marina; Finney, Robyn E.; Jacob, Adam (2023): Use of the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST) to Assess the Impact of a Departmental Peer Support Program on Anesthesia Professionals' Second Victim Experiences (SVEs) and Perceptions of Support Two Years After Implementation. In: AANA journal 91/5:371-379

Potura, E.; Klemm, V.; Roesner, H.; Sitter, B.; Huscsava, H.; Trifunovic-Koenig, M.; Voitl, P.; Strametz, R. (2023): Second Victims among Austrian Pediatricians (SeViD-A1 Study). In: Healthcare (Switzerland) 11/18:1-17

Potura, E.; Roesner, H.; Trifunovic-Koenig, M.; Tsikala, P.; Klemm, V.; Strametz, R. (2024): Second Victims Among Austrian Nurses (SeViD-A2 Study). In: Healthcare 12/20:1-19

Roesner, Hannah; Neusius, Thomas; Strametz, Reinhard; Mira, Jose Joaquin (2024): Economic Value of Peer Support Program in German Hospitals. In: International journal of public health 69/1:1-7

Sachs, C. J.; Wheaton, N. (2023): Second Victim Syndrome. StatPearls, Treasure Island (FL)

Sanchez-Garcia, Alicia; Perez-Esteve, Clara; Conti, Andrea; Potura, Eva; Strametz, Reinhard; Panella, Massimiliano; Seys, Deborah; Vanhaecht, Kris; Sousa, Paulo; Mira, Jose Joaquin (2025): Identifying key competencies for supporting second victims in different contexts: a scoping review. In: BMJ open 15/5:1-10

Schroder, Katja; Bovil, Tine; Jorgensen, Jan Stener; Abrahamsen, Charlotte (2022): Evaluation of'the Buddy Study', a peer support program for second victims in healthcare: a survey in two Danish hospital departments. In: BMC health services research 22/566:1-10

Scott, S. D.; Hirschinger, L. E.; Cox, K. R.; McCoig, M.; Brandt, J.; Hall, L. W. (2009): The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. In: Quality and Safety in Health Care 18/5:325-330

Scott, Susan D.; Hirschinger, Laura E.; Cox, Karen R.; McCoig, Myra; Hahn-Cover, Kristin; Epperly, Kerri M.; Phillips, Eileen C.; Hall, Leslie W. (2010): Caring for Our Own: Deploying a Systemwide Second Victim Rapid Response Team. In: The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 36/5:233-240

Shea, Beverley J.; Reeves, Barnaby C.; Wells, George; Thuku, Micere; Hamel, Candyce; Moran, Julian; Moher, David; Tugwell, Peter; Welch, Vivian; Kristjansson, Elizabeth; Henry, David A. (2017): AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. In: BMJ 358/1:1-9

Simms-Ellis, Ruth; Harrison, Reema; Sattar, Raabia; Sweeting, Elizabeth; Hartley, Hannah; Morys-Edge, Matthew; Lawton, Rebecca (2025): Avoiding 'second victims' in healthcare: what support do staff want for coping with patient safety incidents, what do they get and is it effective? A systematic review. In: BMJ open 15/2:1-15

Slykerman, G.; Wiemers, M. J.; Wyssusek, K. H. (2019): Peer support in anaesthesia: Development and implementation of a peer-support programme within the Royal Brisbane and Women’s Hospital Department of Anaesthesia and Perioperative Medicine. In: Anaesthesia and intensive care 47/6:497-502

Strametz, Reinhard; Fendel, Johannes C.; Koch, Peter; Roesner, Hannah; Zilezinski, Max; Bushuven, Stefan; Raspe, Matthias (2021a): Prevalence of Second Victims, Risk Factors, and Support Strategies among German Nurses (SeViD-II Survey). In: International journal of environmental research and public health 18/20:1-16

Strametz, Reinhard; Koch, Peter; Vogelgesang, Anja; Burbridge, Amie; Rösner, Hannah; Abloescher, Miriam; Huf, Wolfgang; Ettl, Brigitte; Raspe, Matthias (2021b): Prevalence of second victims, risk factors and support strategies among young German physicians in internal medicine (SeViD-I survey). In: Journal of Occupational Medicine and Toxicology 16/1:1-11

Thompson, Mallory; Hunnicutt, Richard; Broadhead, Marleigh; Vining, Brooke; Aroke, Edwin N. (2022): Implementation of a Certified Registered Nurse Anesthetist Second Victim Peer Support Program. In: Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses 37/2:167-173

Trammell, Jacqueline; Zanville, Noah; Alper, Caryn (2024): Development of a Facility-Level Second Victim Syndrome Peer-Mentor Program: Program Design and Future Directions. In: HCA healthcare journal of medicine 5/5:597-603

Tricco, Andrea; Lillie, Erin; Zarin, Wasifa; O'Brien, Kelly; Colquhoun, Heather; Levac, Danielle; Moher, David; Straus, Sharon (2018): PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMAScR). Checklist and Explanation. In: Annals of Internal Medicine 169/7:467-473

Vanhaecht, Kris; Seys, Deborah; Schouten, Loes; Bruyneel, Luk; Coeckelberghs, Ellen; Panella, Massimiliano; Zeeman, Gerda (2019): Duration of second victim symptoms in the aftermath of a patient safety incident and association with the level of patient harm: a cross-sectional study in the Netherlands. In: BMJ open 9/7:Vanhaecht, Kris. Leuven Institute for Healthcare Policy - Department of Public Health and Primary Care, KU Leuven - University of Leuven, Leuven, Belgium.

Vanhaecht, Kris. Department of Quality Management, University Hospitals Leuven, Leuven, Belgium.

Seys, Deborah. Leuven Institute for Healthcare Policy - Department of Public Health and Primary Care, KU Leuven - University of Leuven, Leuven, Belgium.

Schouten, Loes. Management Consultant & coordinator Peer Support Learning Network, Utrecht, The Netherlands.

Bruyneel, Luk. Leuven Institute for Healthcare Policy - Department of Public Health and Primary Care, KU Leuven - University of Leuven, Leuven, Belgium.

Bruyneel, Luk. Department of Quality Management, University Hospitals Leuven, Leuven, Belgium.

Coeckelberghs, Ellen. Leuven Institute for Healthcare Policy - Department of Public Health and Primary Care, KU Leuven - University of Leuven, Leuven, Belgium.

Panella, Massimiliano. Department of Translational Medicine, University of Eastern Piedmont - UPO, Novara, Italy.

Zeeman, Gerda. Tjongerschans Hospital, Heerenveen, The Netherlands.-e029923

Wade, Laura; Fitzpatrick, Eleanor; Williams, Natalie; Parker, Robin; Hurley, Katrina F. (2022): Organizational Interventions to Support Second Victims in Acute Care Settings: A Scoping Study. In: Journal of patient safety 18/1:61-72

Werthman, J. A.; Brown, A.; Cole, I.; Sells, J. R.; Dharmasukrit, C.; Rovinski-Wagner, C.; Tasseff, T. L. (2021): Second Victim Phenomenon and Nursing Support: An Integrative Review. In: Journal of Radiology Nursing 40/2:139-145

WHO (2011): Psychological First Aid: Guide for Field Workers. WHO, Geneva

WHO (2016): International statistical classification of diseases and related health problems (10th rev.). WHO, Geneva

Anhang I: Suchstrategien

Tabelle 4: Suchstrategie in Medline (Ovid)

1	((second or collateral or accidental or unintended or peer) adj2 (victim or victims)).ti,ab.	842
2	((stress adj injur*) or ((trigger or triggering) adj1 event)).ti,ab.	4.618
3	(physician* or doctor* or nurse* or midwives or midwife or paramedic* or "emergency medical technician*" or (pilot and (airplane or plane or "air traffic" or aviation)) or "air traffic control*" or police or "special forces" or soldier* or military or veteran* or fire-fighter*).ti,ab.	1.119.479
4	(((health or healthcare) adj3 (worker* or sector or professionals)) or (first adj responder*) or "public safety personnel").ti,ab.	263.710
5	exp Health Personnel/ or exp Emergency Responders/ or Veterans/ or exp Military Personnel/	754.142
6	(peer* adj2 support*).ti,ab.	12.544
7	((peer* or colleague*) adj1 (support* or help* or mentor* or coach* or counsel*)).ti,ab.	14.170
8	(buddy or buddies).ti,ab.	1.199
9	Peer Group/	26.966
10	1 or 2	5.459
11	3 or 4 or 5	1.728.223
12	6 or 7 or 8 or 9	39.847
13	10 and 11 and 12	105

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle 5: Suchstrategie in PsycInfo (Ovid)

1	((second or collateral or accidental or unintended or peer) adj2 (victim or victims)).ti,ab.	427
2	((stress adj injur*) or ((trigger or triggering) adj1 event)).ti,ab.	597
3	(physician* or doctor* or nurse* or midwives or midwife or paramedic* or "emergency medical technician*" or (pilot and (airplane or plane or "air traffic" or aviation)) or "air traffic control*" or police or "special forces" or soldier* or military or veteran* or fire-fighter*).ti,ab.	282.344
4	(((health or healthcare) adj3 (worker* or sector or professionals)) or (first adj responder*) or "public safety personnel").ti,ab.	84.087
5	exp Health Personnel/ or exp Emergency Personnel/ or exp Military Personnel/ or exp Aviation Personnel/	360.121
6	(peer* adj2 support*).ti,ab.	10.175
7	((peer* or colleague*) adj1 (support* or help* or mentor* or coach* or counsel*)).ti,ab.	11.731
8	(buddy or buddies).ti,ab.	695
9	Peers/	20.222
10	1 or 2	1.024
11	3 or 4 or 5	552.240
12	6 or 7 or 8 or 9	31.409
13	10 and 11 and 12	19

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle 6: Suchstrategie in Scopus

1	TITLE-ABS-KEY (((second OR collateral OR accidental OR unintended OR peer) W/1 (victim OR victims))) TITLE-ABS-KEY (((second OR collateral OR accidental OR unintended OR peer) W/1 (victim OR victims)))	1.432
2	TITLE-ABS-KEY (((stress PRE/0 injur*) OR ((trigger OR triggering) W/0 event)))	15.351
3	TITLE-ABS-KEY ((physician* OR doctor* OR nurse* OR midwives OR midwife OR paramedic* OR "emergency medical technician*" OR (pilot AND (airplane OR plane OR "air traffic" OR aviation)) OR "air traffic control*" OR police OR "special forces" OR soldier* OR military OR veteran* OR firefighter*))	2.425.028
4	TITLE-ABS-KEY ((((health OR healthcare) W/2 (worker* OR sector OR professionals)) OR (first PRE/0 responder*) OR "public safety personnel"))	429.273
5	TITLE-ABS-KEY ((peer* W/1 support*))	21.695
6	TITLE-ABS-KEY (((peer* OR colleague*) W/1 (support* OR help* OR mentor* OR coach* OR counsel*)))	33.164
7	TITLE-ABS-KEY ((buddy OR buddies))	3.271
8	1 OR 2	16.780
9	3 OR 4	2.745.035
10	5 OR 6 OR 7	36.311
11	9 AND 10 AND 11	126

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle 7: Suchstrategie in Embase

1	((second OR collateral OR accidental OR unintended OR peer) NEAR/2 (victim OR victims)):ti,ab	1.008
2	((stress NEAR/1 injur*):ti,ab) OR (((trigger OR triggering) NEAR/2 event):ti,ab)	6.627
3	physician*:ti,ab OR doctor*:ti,ab OR nurse*:ti,ab OR midwives:ti,ab OR midwife:ti,ab OR paramedic*:ti,ab OR 'emergency medical technician*':ti,ab OR (pilot:ti,ab AND (airplane:ti,ab OR plane:ti,ab OR 'air traffic':ti,ab OR aviation:ti,ab)) OR 'air traffic control*':ti,ab OR police:ti,ab OR 'special forces':ti,ab OR soldier*:ti,ab OR military:ti,ab OR veteran*:ti,ab OR firefighter*:ti,ab	1.587.884
4	(((health OR healthcare) NEAR/3 (worker* OR sector OR professionals)):ti,ab) OR ((first NEAR/0 responder*):ti,ab) OR 'public safety personnel':ti,ab	342.117
5	'health care personnel'/exp OR 'first responder (person)'/exp OR 'veteran'/exp OR 'military personnel'/exp OR 'airplane crew'/exp	2.484.835
6	(peer* NEAR/2 support*):ti,ab	17.967
7	((peer* OR colleague*) NEAR/1 (support* OR help* OR mentor* OR coach* OR counsel*)):ti,ab	20.326
8	buddy:ti,ab OR buddies:ti,ab	2.067
9	'peer support'/exp	1.553
10	1 OR 2	7.634
11	3 OR 4 OR 5	3.400.039
12	6 OR 7 OR 8 OR 9	24.451
13	10 AND 11 AND 12	123

Quelle und Darstellung: GÖG

Anhang II: Fragebogen

1. Gibt es in Ihrer Organisation bzw. für Ihren Zuständigkeitsbereich ein Peer-Support-System?
☐ Ja, wir haben ein Peer-Support-System und setzen es um.
☐ Nein, aber wir planen die Umsetzung eines Peer-Support-Systems. --> weiter bei Frage 7
☐ Nein, wir haben kein Peer-Support-System. --> weiter bei Frage 11

2. Wie häufig wird das Peer-Support-System Ihrer Meinung nach angenommen?
☐ viel weniger als erwartet
☐ etwas weniger als erwartet
☐ ungefähr so häufig wie erwartet --> weiter bei Frage 4
☐ etwas häufiger als erwartet --> weiter bei Frage 4
☐ viel häufiger als erwartet --> weiter bei Frage 4
☐ weiß nicht / kann ich nicht sagen --> weiter bei Frage 4

3. Was denken Sie, sind die Hauptgründe, weshalb das Peer-Support-System weniger als erwartet angenommen wird?
Bitte formulieren Sie möglichst konkrete Gründe.

4. Wenn Sie etwas an Ihrem Peer-Support-System verbessern könnten, was wäre das?
Bitte formulieren Sie möglichst konkrete Verbesserungsmöglichkeiten.

5. Welche Eckpfeiler der Umsetzung bzw. Gestaltung des Peer-Systems tragen wesentlich zu seinem Erfolg bei?
Bitte formulieren Sie möglichst konkrete Erfolgsfaktoren.

6. An welche Berufsgruppen richtet sich Ihr (geplantes) Peer-Support-System?
☐ Ärztinnen, Ärzte
☐ Personal des Pflegebereichs
☐ Feuerwehrfrauen/-männer
☐ Rettungs-, Notfallsanitäter:innen
☐ Polizistinnen, Polizisten
☐ militärisches Personal
☐ andere, und zwar: Bitte nennen Sie hier die betroffenen Berufsgruppen

7. Wie lautet der Name Ihres (geplanten) Peer-Support-Systems?
Bitte geben Sie einen Namen ein.

8. Seit wann gibt es Ihr Peer-Support-System bzw. ab wann soll es dieses geben?
Bitte geben Sie eine Jahreszahl ein.

9. Welche Unterlagen gibt es zu Ihrem Peer-Support-System?
☐ Umsetzungskonzept (z.B. ein Konzept zum Rahmen, ein Leitfaden, ein Maßnahmenplan)
☐ Berichte zum Stand der Umsetzung (z.B. ein Monitoringbericht, ein Jahresbericht)
☐ Evaluationsberichte
☐ Ausbildungscurricula (z.B. Umfang und Inhalte der Peer-Ausbildung)
☐ andere, und zwar: Bitte nennen Sie hier die weiteren Unterlagen

10. Wie werden (zukünftig) die Peers für Ihre Funktion ausgebildet?
☐ Es gibt keine spezielle Ausbildung.
☐ Ausbildung im Umfang von ca. einem Arbeitstag
☐ Ausbildung im Umfang von ca. zwei Arbeitstagen
☐ Ausbildung im Umfang von drei Arbeitstagen oder länger
☐ anders, und zwar: Bitte beschreiben Sie wie die Ausbildung Ihrer Peers gestaltet ist.

11. Kennen Sie Peer-Support-Systeme anderer Institutionen aus dem Gesundheits- bzw. Sicherheitsbereich im D-A-CH-Raum?
Bitte nennen Sie den Namen des Systems und die Institution.

Anhang III: Überblick über die eingeschlossenen Studien

Tabelle 8: Übersicht über die inkludierten Studien

Jahr	Erstautor:in	Land	Studientyp	Zielgruppen des Peer-Support-Systems	FF1	FF2	FF3
2025	Davis	USA	Implementierung	Gesundheitsberufe, Pädiater:innen	X	X	X
2025	Gosselin	USA	Evaluation	Gesundheitsberufe	X		
2025	Michael	AU	Implementierung	Gesundheitsberufe	X		X
2025	Minjoz	CA	Implementierung, Evaluation	Polizistinnen/Polizisten	X	X	X
2025	Mira	EU	Implementierung	Gesundheitsberufe			X
2025	Moll	CA	Evaluation	Sicherheits-/Notfallberufe	X	X	
2025	Sanchez-Garcia	–	Review	Gesundheitsberufe			X
2025	Simms-Ellis	–	Review	Gesundheitsberufe		X	
2024	Gatterer	AT	Implementierung	Gesundheitsberufe	X		X
2024	Hess	USA	Entwicklung eines Messinstruments	Pflegepersonal	X	X	
2024	Johnson	USA	Evaluation	Gesundheitsberufe	X		X
2024	Trammell	USA	Implementierung	Gesundheitsberufe	X		X
2023	Pelikan	USA	Evaluation	Gesundheitsberufe, Anästhesistinnen/Anästhesisten	X	X	X
2022	Bryant	USA	Implementierung, Evaluation	Gesundheitsberufe	X	X	X
2022	Carbone	–	Review	Gesundheitsberufe	X		X
2022	Civil	NZ	Implementierung	Gesundheitsberufe	X		X
2022	Schroder	DK	Evaluation	Gesundheitsberufe	X	X	X
2022	Thompson	UK	Implementierung	Pflegepersonal, Anästhesistinnen/Anästhesisten	X	X	X
2022	Wade	–	Review	Gesundheitsberufe	X		
2021	Busch	–	Review	Gesundheitsberufe	X	X	
2021	Finney	USA	Evaluation	Gesundheitsberufe, Pädiater:innen	X	X	X
2021	Finney	USA	Implementierung	Gesundheitsberufe, Anästhesistinnen/Anästhesisten	X	X	X
2021	Klatt	USA	Implementierung, Evaluation	Gesundheitsberufe	X	X	X
2021	Marr	USA	Implementierung	Gesundheitsberufe	X	X	X
2021	Werthman	–	Review	Pflegepersonal	X		
2020	Connors	USA	Evaluation	Pflegepersonal		X	
2020	El Hechi	USA	Implementierung, Evaluation	Chirurginnen/Chirurgen	X	X	X

© GÖG 2026, Peer-Support-Systeme für Second Victims im Gesundheitswesen

Jahr	Erstautor:in	Land	Studientyp	Zielgruppen des Peer-Support-Systems	FF1	FF2	FF3
2018	Dukhanin	USA	Implementierung	Gesundheitsberufe, Pädiater:innen	X	X	
2018	Lane	USA	Implementierung	Gesundheitsberufe	X		X
2018	Merandi	USA	Implementierung	Gesundheitsberufe, Neonatologinnen/Neonatologen		X	
2018	Slykerman	AU	Implementierung	Gesundheitsberufe, Anästhesistinnen/Anästhesisten	X		X
2017	Marks	USA	Evaluation	Sicherheits-/Notfallberufe, Feuerwehrfrauen/-männer	X		X
2017	Merandi	USA	Implementierung	Gesundheitsberufe, Pädiater:innen	X		X
2016	Edrees	USA	Implementierung	Gesundheitsberufe	X		X
2015	Krzan	USA	Implementierung	Gesundheitsberufe; Pharmazeutinnen/Pharmazeuten	X		X

FF1 = Ergebnisse zu Forschungsfrage 1, FF2 = Ergebnisse zu Forschungsfrage 2, FF 3 = Ergebnisse zu Forschungsfrage 3

Quelle und Darstellung: GÖG